

**Die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit und sozialen Beziehungen für  
die Krankheitsverarbeitung**

Eine Untersuchung in drei soziokulturell unterschiedlichen Gruppen

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der Universität Zürich

Vorgelegt von  
Julie Page  
von Portsmouth GB und Wagenhausen/TG

Angenommen im Sommersemester 2005  
auf Antrag von Herrn Prof. Peter C. Meyer

Zürich, 2006

## Danksagung

Während der letzten arbeitsintensiven Jahre habe ich bei der Verfassung dieser Dissertation von verschiedenen Seiten Unterstützung erhalten, wofür ich mich herzlich bedanke. Da ist als Erstes die wohlwollende Begleitung durch Prof. Dr. phil. Peter C. Meyer, der diese Arbeit betreute, aufzuführen. Ebenfalls danke ich Susanne Fischer, lic. phil., Dr. med. Adam Lowy, Harald Reuter, Dipl.-Psych. und Dr. Alois Tschopp für die Diskussionen im Zusammenhang mit der Auswertung des Datenmaterials und den Austausch zu inhaltlichen Aspekten. Den Herren Dr. med. René Jaccard, Dr. med. Bertino Somaini und Prof. Dr. med. Rainer Weber danke ich für die Bereitschaft, mir die Daten aus einem Forschungsprojekt, in dem ich auch mitarbeitete, für meine Dissertation zur Verfügung zu stellen. Die Mitarbeit in diesem Projekt hat mir ermöglicht, mich in das Gebiet HIV/Aids zu vertiefen. Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller hat mich unterstützt, indem er mir einen Arbeitsplatz mit Infrastruktur zur Verfügung stellte, der das Verfassen einer solchen Arbeit erheblich erleichtert. Die Forschungskommission Aids des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung hat mir für die Durchführung dieses Projekts ein Stipendium gewährt. An dieser Stelle sei auch den Reviewer/innen des Gesuchs bestens für ihre konstruktiven Rückmeldungen gedankt. Besonderer Dank geht an meine Freund/innen, welche die Arbeit sorgfältig und kritisch lektoriert haben. Es handelt sich hierbei um Susanne Fischer, lic. phil., Susanne Hablützel, lic. phil., Dr. Christine Harte, Dr. Regula Leemann und Harald Reuter, Dipl.-Psych.. Nina Wieser hat die Korrekturen gewissenhaft umgesetzt, wofür ich ihr sehr dankbar bin. Schliesslich geht mein ganz herzlicher Dank an jene Leute, die mir durch emotionale Unterstützung und Ermunterung geholfen haben, das Projekt zu Ende zu führen.



## INHALTSVERZEICHNIS

|   |    |
|---|----|
| DANKSAGUNG.....   | 2  |
| INHALTSVERZEICHNIS.....   | 3  |
| TABELLENVERZEICHNIS.....  | 8  |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....   | 10 |
| ZUSAMMENFASSUNG .....   | 11 |
| 1. EINLEITUNG.....  | 20 |
| 2. THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN .....  | 24 |
| 2.1 Stressverarbeitungsforschung.....   | 24 |
| 2.1.1 Stressmodelle .....   | 24 |
| 2.1.1.1 Die kognitiv-transaktionale Stresstheorie von Lazarus .....                     | 24 |
| 2.1.1.2 Das salutogenetische Modell von Antonovsky.....                                 | 26 |
| 2.1.1.3 Das Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker .....                             | 28 |
| 2.1.1.4 Die Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll .....                           | 29 |
| 2.1.1.5 Das Stressmodell von Pearlin.....   | 29 |
| 2.1.2 Vergleich der dargestellten Stressmodelle .....                                   | 30 |
| 2.1.3 Zusammenfassung .....   | 33 |
| 2.2 Soziale Beziehungen in der soziologischen Theorie.....                              | 34 |
| 2.2.1 Begriffsklärung: soziale Netzwerktheorie, Sozialkapital oder soziale Beziehungen? | 34 |
| 2.2.2 Soziale Integration respektive Isolation.....                                     | 38 |
| 2.2.3 Struktur des sozialen Netzwerks.....  | 40 |
| 2.2.4 Funktionen von sozialen Beziehungen .....   | 43 |
| 2.2.4.1 Soziale Unterstützung.....  | 43 |
| 2.2.4.2 Belastungen .....   | 44 |
| 2.2.4.3 Soziale Kontrolle.....  | 45 |
| 2.2.5 Zusammenfassung .....   | 46 |
| 2.3 Schichtzugehörigkeit und die Ungleichheitsforschung.....                            | 47 |
| 2.3.1 Die soziologische Ungleichheitsdiskussion .....                                   | 48 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| 2.3.1.1   | Klassen- und Schichtansätze .....   | 48 |
| 2.3.1.2   | Soziallagenansätze.....   | 49 |
| 2.3.1.3   | Milieu- und Lebensstilansätze .....   | 50 |
| 2.3.1.4   | Die verschiedenen Paradigmen und ihre Zusammenhänge .....                   | 52 |
| 2.3.1.5   | Fazit .....   | 54 |
| 2.3.2     | Das Schichtkonzept.....   | 54 |
| 2.3.2.1   | Sozialer Status .....   | 54 |
| 2.3.2.2   | Ressourcen .....  | 56 |
| 2.3.2.3   | Belastungen .....   | 58 |
| 2.3.3     | HIV-spezifische horizontale Ungleichheiten .....                            | 60 |
| 2.3.3.1   | Homosexuelle Männer .....   | 60 |
| 2.3.3.2   | Drogen injizierende Personen .....  | 61 |
| 2.3.4     | Zusammenfassung .....   | 61 |
| 2.4       | Wirkungspfade und Interdependenzen im Stressprozess .....                   | 62 |
| 2.4.1     | Stressverarbeitung.....   | 63 |
| 2.4.1.1   | Theoretische Modelle.....   | 63 |
| 2.4.1.2   | Begründung der Effekte.....   | 64 |
| 2.4.2     | Soziale Beziehungen .....   | 65 |
| 2.4.2.1   | Theoretische Modelle.....   | 65 |
| 2.4.2.1.1 | Wirkungen sozialer Beziehungen im Stressprozess.....                        | 65 |
| 2.4.2.1.2 | Verhältnis zwischen Stressverarbeitung und sozialen Beziehungen .....       | 67 |
| 2.4.2.2   | Begründung der Effekte.....   | 70 |
| 2.4.3     | Soziale Schichtzugehörigkeit .....  | 71 |
| 2.4.3.1   | Theoretische Modelle.....   | 72 |
| 2.4.3.2   | Begründung der Effekte.....   | 73 |
| 2.4.4     | Zusammenfassung .....   | 76 |
| 2.5       | Empirischer Forschungsstand.....  | 77 |
| 2.5.1     | Ergebnisse zu den zentralen Konstrukten.....                                | 77 |
| 2.5.1.1   | Krankheitsverarbeitung.....   | 77 |
| 2.5.1.1.1 | Effektive Krankheitsverarbeitungsmodi .....                                 | 77 |
| 2.5.1.1.2 | Ergebnisse zu den Subgruppen .....  | 80 |
| 2.5.1.2   | Soziale Beziehungen .....   | 80 |
| 2.5.1.3   | Soziale Schichtzugehörigkeit.....   | 82 |
| 2.5.2     | Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen..... | 82 |
| 2.5.2.1   | Krankheitsverarbeitung und soziale Integration .....                        | 82 |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 2.5.2.2   | Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung.....                           | 83        |
| 2.5.3     | Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit.....     | 84        |
| 2.5.4     | Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit.....       | 85        |
| 2.5.4.1   | Soziale Integration und Schichtzugehörigkeit.....                               | 85        |
| 2.5.4.2   | Soziale Unterstützung und Schichtzugehörigkeit.....                             | 86        |
| 2.6       | Fragestellungen und Hypothesen .....  | 88        |
| 2.6.1     | Fragestellungen .....   | 88        |
| 2.6.1.1   | Vergleich der Subgruppen .....  | 88        |
| 2.6.1.2   | Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten.....                           | 88        |
| 2.6.1.3   | Gesamtzusammenhänge .....   | 89        |
| 2.6.2     | Hypothesen .....  | 89        |
| 2.6.2.1   | Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen<br>Beziehungen ..... | 89        |
| 2.6.2.2   | Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und<br>Schichtzugehörigkeit.....  | 90        |
| 2.6.2.3   | Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und<br>Schichtzugehörigkeit.....    | 91        |
| 2.6.2.3.1 | Soziale Integration.....  | 91        |
| 2.6.2.3.2 | Soziale Unterstützung.....  | 91        |
| 2.6.2.4   | Gesamtzusammenhänge .....   | 92        |
| <b>3.</b> | <b>METHODIK.....</b>  | <b>93</b> |
| 3.1       | Studiendesign .....   | 93        |
| 3.2       | Evaluierung der Datenbasis und Bildung von soziokulturellen Subgruppen .....    | 94        |
| 3.3       | Operationalisierung der zentralen Variablen.....                                | 96        |
| 3.3.1     | Krankheitsverarbeitung .....  | 97        |
| 3.3.2     | Soziale Beziehungen.....  | 98        |
| 3.3.2.1   | Soziale Integration.....  | 99        |
| 3.3.2.2   | Soziale Unterstützung.....  | 100       |
| 3.3.3     | Schichtzugehörigkeit.....   | 100       |
| 3.4       | Statistische Analysen.....  | 101       |

|   |            |
|---|------------|
| <b>4. EMPIRISCHE ERGEBNISSE .....</b>   | <b>103</b> |
| 4.1 Vergleich der Subgruppen .....  | 105        |
| 4.1.1 Untersuchte Fragestellungen.....  | 105        |
| 4.1.2 Ergebnisse.....   | 106        |
| 4.1.2.1 Soziodemografische Merkmale.....  | 106        |
| 4.1.2.2 HIV-spezifische Angaben .....   | 107        |
| 4.1.2.3 Krankheitsverarbeitung.....   | 108        |
| 4.1.2.4 Soziale Beziehungen .....   | 116        |
| 4.1.2.4.1 Soziale Integration.....  | 116        |
| 4.1.2.4.2 Soziale Unterstützung.....  | 117        |
| 4.1.2.4.3 Struktur und Funktion des Unterstützungsnetzwerks .....               | 119        |
| 4.1.2.5 Schichtzugehörigkeit.....   | 122        |
| 4.1.3 Beantwortung der Fragestellungen.....                                     | 125        |
| 4.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen..... | 132        |
| 4.2.1 Untersuchte Fragestellungen.....  | 133        |
| 4.2.2 Krankheitsverarbeitung und soziale Integration .....                      | 133        |
| 4.2.3 Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung.....                     | 135        |
| 4.2.4 Beantwortung der Fragestellungen.....                                     | 136        |
| 4.3 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit..... | 139        |
| 4.3.1 Untersuchte Fragestellung.....  | 139        |
| 4.3.2 Ergebnisse.....   | 139        |
| 4.3.3 Beantwortung der Fragestellung.....                                       | 140        |
| 4.4 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit.....   | 142        |
| 4.4.1 Untersuchte Fragestellungen.....  | 142        |
| 4.4.2 Schichtdimensionen und soziale Integration.....                           | 143        |
| 4.4.3 Schichtdimensionen und soziale Unterstützung.....                         | 144        |
| 4.4.4 Beantwortung der Fragestellungen.....                                     | 146        |
| 4.5 Gesamtzusammenhänge.....  | 151        |
| 4.5.1 Untersuchte Fragestellungen.....  | 151        |
| 4.5.2 Ergebnisse.....   | 151        |
| 4.5.3 Beantwortung der Fragestellungen.....                                     | 154        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5 DISKUSSION .....</b>   | <b>155</b> |
| 5.1 Theoretische Einbettung der Arbeit.....                                       | 155        |
| 5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse .....  | 155        |
| 5.2.1 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen..... | 156        |
| 5.2.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit..... | 157        |
| 5.2.3 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit.....   | 158        |
| 5.2.4 Gesamtzusammenhänge .....   | 160        |
| 5.3 Methodische Probleme .....  | 160        |
| 5.4 Ertrag der Arbeit .....   | 162        |
| 5.4.1 Theoretischer Ertrag .....  | 162        |
| 5.4.2 Praktische Relevanz.....  | 163        |
| 5.5 Forschungsbedarf .....  | 165        |
| <b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>   | <b>166</b> |
| <b>ANHANG: KORRELATIONEN ZWISCHEN MASSEN DER SOZIALEN BEZIEHUNGEN .....</b>       | <b>182</b> |
| <b>LEBENS LAUF VON JULIE PAGE (GEB. 1969) .....</b>                               | <b>187</b> |

## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 1: Anforderungen und Ressourcen gemäss Becker.....   | 28  |
| Tabelle 2: Überblick über die diskutierten Stressmodelle .....   | 31  |
| Tabelle 3: Verhältnis der Statusdimensionen Bildung und Einkommen zueinander bei Statusinkonsistenz .....  | 55  |
| Tabelle 4: Gegenüberstellung der gesamten Stichprobe und der drei in der vorliegenden Arbeit untersuchten Subgruppen .....   | 95  |
| Tabelle 5: Reliabilitäten der Krankheitsverarbeitungsmodi .....  | 98  |
| Tabelle 6: Soziodemografische Angaben zu den drei Subgruppen .....   | 106 |
| Tabelle 7: Vergleich HIV-spezifischer Angaben in den drei Subgruppen (Kruskal-Wallis-Test) .....   | 108 |
| Tabelle 8: Auftreten der einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in den drei Subgruppen .....  | 109 |
| Tabelle 9: Korrelationen der Verarbeitungsmodi mit dem Effektivitätskriterium (Kendalls Tau, zweiseitig) .....   | 110 |
| Tabelle 10: Korrelationen zwischen den einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in den Subgruppen der Drogenkonsumierenden (Pearson-Korrelation, zweiseitig).....               | 112 |
| Tabelle 11: Korrelationen zwischen den einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in der Subgruppe der homosexuellen Männer (Pearson-Korrelation, zweiseitig).....                | 113 |
| Tabelle 12: Rotierte Faktor-Matrix für die Verarbeitungsmodi (Varimax-Rotation) .....  | 115 |
| Tabelle 13: Integration operationalisiert aus der Rollenperspektive ( $\chi^2$ -Test, zweiseitig).....   | 116 |
| Tabelle 14: Mittelwerte der Indikatoren der subjektiv wahrgenommenen sozialen Integration (Kruskal-Wallis-Test, Rangbindungen berücksichtigt).....                           | 117 |
| Tabelle 15: Ausmass an wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung (Kruskal-Wallis-Test, Rangbindungen berücksichtigt).....   | 118 |
| Tabelle 16: Bedeutung des informellen und formellen Unterstützungsnetzwerks (Mittelwertvergleiche, Wilcoxon matched-pairs Signed-Ranks-Test für abhängige Stichproben) ..... | 120 |
| Tabelle 17: Unterstützungsarten aus den informellen und formellen Quellen.....   | 121 |
| Tabelle 18: Ausprägung der beiden Schichtdimensionen in den Subgruppen .....   | 122 |
| Tabelle 19: Korrelationen der Schichtdimensionen Gesundheit und Erwerbstätigkeit (Kendalls Tau, zweiseitig).....   | 123 |
| Tabelle 20: Korrelationen der Schichtdimensionen, Gesundheit und Erwerbstätigkeit (Kendalls Tau*) ...  | 124 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 21: Korrelationen der sozialen Integration mit Verarbeitung (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig).....   | 134 |
| Tabelle 22: Korrelationen zwischen der sozialen Unterstützung und der Krankheitsverarbeitung (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig) .....                         | 135 |
| Tabelle 23: Korrelationen zwischen Schichtdimensionen und Verarbeitung (Kendalls Tau, einseitig, 10% Sig.-Niveau) .....   | 139 |
| Tabelle 24: Korrelationen der sozialen Integration mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig).....   | 143 |
| Tabelle 25: Korrelationen der sozialen Unterstützung mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig) .....                                      | 144 |
| Tabelle 26: Korrelationen der erhaltenen Unterstützungsarten aus informellen Quellen mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig) .....      | 145 |
| Tabelle 27: Korrelationen der erhaltenen Unterstützungsarten aus formellen Quellen mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig) .....        | 146 |
| Tabelle 28: Überblick über die empirischen Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und sozialen Beziehungen resp. effektiver und ineffektiver Krankheitsverarbeitung..... | 152 |
| Tabelle 29: Überblick über die empirischen Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung.....  | 153 |
| Tabelle 30: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen.....   | 156 |
| Tabelle 31: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit.....   | 158 |
| Tabelle 32: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit.....   | 159 |
| Tabelle 33: Bestätigungsstatus der Hypothese zum Gesamtzusammenhang .....   | 160 |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Sozialepidemiologisches Mehrebenenmodell und dessen Operationalisierung.....     | 14  |
| Abbildung 2: Stressverarbeitungsprozess nach Lazarus (nach Schwarzer 1992, S. 131).....       | 26  |
| Abbildung 3: Kausale Zusammenhänge zwischen den Teilkonstrukten von sozialen Beziehungen..... | 37  |
| Abbildung 4: Vorgehen bei den Analysen .....  | 103 |
| Abbildung 5: Genannte Unterstützungsquellen .....   | 118 |



## Zusammenfassung

### Problem- und Fragestellung

Vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen hat das Thema der Krankheitsverarbeitung zunehmend an Bedeutung gewonnen und das Forschungsinteresse an den Determinanten einer effektiven, also erfolgreichen Krankheitsverarbeitung ist gestiegen. Die bisherige Forschung zur Krankheitsverarbeitung stammt vor allem aus der Psychologie und hat sich mit den Einflüssen von Persönlichkeitsfaktoren beschäftigt. Die Soziologie hat sich kaum mit der Krankheitsverarbeitung auseinandergesetzt und insbesondere der Bezug zu makrostrukturellen Gegebenheiten ist selten hergestellt worden. Hier setzt die vorliegende Arbeit an, indem untersucht wird, wie sich Schichtzugehörigkeit und soziale Beziehungen auf die Krankheitsverarbeitung bei Menschen mit einer HIV-Erkrankung auswirken.

### Theoretische Modelle und Hypothesen

#### *Sozialepidemiologisches Mehrebenenmodell als Bezugsrahmen*

Um die Determinanten von effektiver Krankheitsverarbeitung zu untersuchen, orientiert sich die vorliegende Arbeit an dem für die sozialepidemiologische Gesundheitsforschung entwickelten *Mehrebenenmodell* (Steinkamp 1993). Das Modell unterscheidet zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene. Die in der vorliegenden Arbeit betrachteten Konstrukte werden folgendermassen auf den drei Ebenen verortet: Die Krankheitsverarbeitung umfasst die Gesamtheit der individuellen Reaktionen, die auf bestehende oder erwartete Stressoren im Zusammenhang mit einer Krankheit folgen (Lazarus und Folkman 1984; Muthny 1989), und ist auf der *Mikroebene* anzusiedeln. Hierbei werden unter effektiver Krankheitsverarbeitung Reaktionen verstanden, die auf einer Auseinandersetzung mit und aktiven Bewältigung von krankheitsbezogenen stressreichen Anforderungen basieren. Ineffektive Krankheitsverarbeitung umfasst eine verleugnende Haltung gegenüber der Krankheit, verbunden mit depressiven Gefühlen und von sozialem Rückzug geprägten Verhaltensweisen. Auf der *Mesoebene* sind die sozialen Beziehungen anzuordnen. Das Konzept umschreibt drei Dimensionen, die es theoretisch und empirisch voneinander zu trennen gilt: i) die soziale Integration, ii) die Netzwerkstruktur und iii) die Beziehungsinhalte, die aus den drei Funktionen soziale Unterstützung, soziale Kontrolle und soziale Belastungen bestehen (House, Umberson et al. 1988). Auf der *Makroebene* schliesslich sind Aspekte der sozialen Ungleichheit bedeutsam. Schichtungssoziologische Modelle gehen von einer vertikalen Gesellschaftsstruktur aus. Seit den 80er Jahren werden auch so genannte horizontale Disparitäten wie Geschlecht oder Lebensstil thematisiert, die als nicht auf Leistungsqualifikationen basierende Strukturierungsmerkmale ebenfalls die Lebensbedingungen beeinflussen (Geissler 1992).

Die drei Ebenen im Modell stehen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander, wobei die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen in Form von entsprechenden Ressourcen und Belastungen für die anderen Ebenen vorgibt (siehe Abb. 1). Somit beeinflussen die Ressourcenanteile und Belastungen von sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit die Krankheitsverarbeitung. Diese Wirkungsmechanismen werden in den nächsten Abschnitten dargestellt.

#### *Soziale und schichtspezifische Ressourcen in der Krankheitsverarbeitung*

Unter den Ressourcen von sozialen Beziehungen wird in erster Linie die soziale Unterstützung verstanden, die dem Individuum zum Beispiel durch emotionale Anteilnahme bei der Überwindung von Problemen helfen kann. Wird der instrumentelle Aspekt der Schichtzugehörigkeit betrachtet, rücken finanzielle und kognitive Ressourcen in den Vordergrund des Interesses. Der Schichtansatz basiert auf der Annahme, dass die durch Bildung erlangten kognitiven Ressourcen in ein entsprechendes Ausmass an finanziellen Ressourcen umgesetzt werden können.

Ein hohes Ausmass an Ressourcen eröffnet dem Individuum vergleichsweise viele Handlungsoptionen, die die Entstehung von Stress verhindern sowie die negativen Effekte von Stress "puffern". In beiden Fällen wird sich ein relativ hohes Ausmass an Ressourcen in einem relativ tiefen Ausmass an Krankheitsverarbeitung äussern und zwar unabhängig von der Effektivität der Krankheitsverarbeitung. Ressourcen können aber auch die effektive Krankheitsverarbeitung fördern, indem sie beim Individuum z.B. die aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen. Das heisst: je höher das Ausmass an Ressourcen, desto effektivere Krankheitsverarbeitung zeigt sich.

Das Mehrebenenmodell postuliert auch einen indirekten Effekt der Makroebene auf die Mikroebene, wo die sozialen Beziehungen als intermediäres Konzept fungieren. Dies führt zur Annahme, wonach je höher das Ausmass an kognitiven und finanziellen Ressourcen, desto höher das Ausmass an sozialen Ressourcen und desto niedriger das Ausmass an Krankheitsverarbeitung (resp. desto höher das Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung).

### *Soziale und schichtspezifische Belastungen in der Krankheitsverarbeitung*

Neben den Ressourcenanteilen von sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit sind auch Belastungen von Bedeutung. Soziale Beziehungen können belastend sein, wenn sie von Spannungen geprägt sind oder wenn eine sozial erwünschte Beziehung wie eine Partnerschaft oder eine Erwerbstätigkeit fehlt. Schichtspezifische Belastungen gehen insbesondere von den Arbeitsbedingungen aus, wobei in tief qualifizierten Berufen eher körperliche, in höher qualifizierten Berufen eher psychische Belastungen relevant sind.

Die beschriebenen Belastungen summieren sich mit den Anforderungen eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung und können die Entstehung von Stress begünstigen, was sich in einem vergleichsweise hohen Ausmass an Krankheitsverarbeitung äussert.

Auch hier ist gemäss dem Mehrebenenmodell ein Gesamtzusammenhang vorstellbar. In der Vergangenheit wurde mehrfach dokumentiert, dass Mitglieder tieferer Sozialschichten einem höheren Ausmass an Belastungen durch soziale Beziehungen ausgesetzt sind als Mitglieder höherer Schichten. Dies lässt erwarten, dass je tiefer die Schichtzugehörigkeit ist, desto höher das Ausmass an Belastungen durch soziale Beziehungen ist, was sich in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitung äussert.

### **Methodik**

*Operationalisierung der zentralen Variablen:* Die Krankheitsverarbeitung wurde mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989) erhoben. Das Verfahren erfasst ein breites Spektrum an Formen der Krankheitsverarbeitung, die die in den theoretischen Ausführungen identifizierten effektiven und ineffektiven Reaktionen spiegeln. Die sozialen Beziehungen beinhalteten die soziale Integration durch die Partner- und Berufsrolle, sowie die wahrgenommene soziale Integration im primären (= enge Vertrauensbeziehung) und im sekundären Netz (=Freund/innen-Kreis). Soziale Unterstützung wurde als wahrgenommene Unterstützung sowie als erhaltene soziale Unterstützung aus informellen (z.B. Partner/in) und formellen (z.B. Ärztin) Quellen operationalisiert. Die Schichtzugehörigkeit wurde mittels den Positionen auf den beiden Dimensionen Bildung und Einkommen gemessen, wobei die Indikatoren einzeln betrachtet wurden (vgl. Abb. 1).

Die Fragestellung wurde anhand einer *Stichprobe* von Menschen mit HIV untersucht, die 1999 zu ihrer medizinischen Betreuungssituation in Zürich befragt wurden. Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Sekundäranalyse dieses Datensatzes. Die gesamte Stichprobe (N = 106) wurde in drei soziokulturell homogene Gruppen unterteilt, innerhalb derer die Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung, sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit untersucht wurden. Folgende Subgruppen wurden gebildet: Drogenkonsumentinnen (n=11), Drogenkonsumenten (n=14), homosexuelle Männer (n=48). Die restlichen 33 Studienteilnehmer/innen wurden aus der Untersuchung

ausgeschlossen, da sie nicht eindeutig einer Subgruppe zugeordnet werden konnten (z.B. homosexuelle Drogenkonsumenten). Auf Grund der kleinen Stichprobengrößen sowie der ordinalskalierten und dichotomen Merkmale wurde mittels verteilungsfreien *Verfahren* nach signifikanten Zusammenhängen gesucht und das *Signifikanzniveau* auf 10% gesetzt.

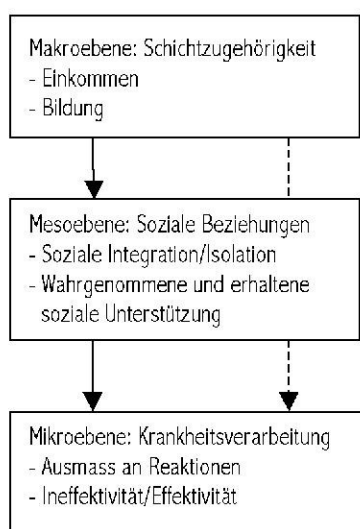


Abbildung 1: Sozialepidemiologisches Mehrebenenmodell und dessen Operationalisierung

## Ergebnisse

Nachstehend werden vorerst die empirisch nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen den Konstrukten auf (i) der Mikro- und Mesoebene, resp. (ii) der Mikro- und Makroebene beschrieben. Die Zusammenhänge zwischen der Meso- und Makroebene (iii) müssen betrachtet werden, denn sollten sich keine signifikanten Ergebnisse zeigen, können die sozialen Beziehungen nicht als intermediäres Konstrukt aufgefasst werden, das die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit für die Krankheitsverarbeitung erklärt (iv).

*(i) Krankheitsverarbeitung und soziale Beziehungen:* Je höher das Ausmass an sozialer Integration durch die Partnerrolle, desto tiefer das Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung bei den Drogenkonsumentinnen und desto tiefer das Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung bei den homosexuellen Männern. Je höher die soziale Integration durch die Berufsrolle, desto tiefer das Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung (Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten). Ein höheres Ausmass Integration im primären Netz geht bei den Drogenkonsumenten mit einem höheren Ausmass an ineffektiver krankheitsverarbeitung einher. Ein höheres Ausmass an sozialer Integration im sekundären

Netz resultiert bei den Drogenkonsumenten in einem tieferen Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung. Bei den Drogenkonsumenten korreliert wahrgenommene soziale Unterstützung negativ mit effektiver Krankheitsverarbeitung und positiv mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung. Die erhaltene Unterstützung korreliert in allen Subgruppen positiv mit der effektiven Krankheitsverarbeitung, wobei es sich bei den homosexuellen Männern um informelle und bei den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten um formelle erhaltene Unterstützung handelt.

*(ii) Krankheitsverarbeitung und Schichtdimensionen:* Bei den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten korreliert Einkommen negativ mit dem Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung. Je tiefer das Einkommen und die Bildung bei den Drogenkonsumentinnen, desto höher das Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung.

*(iii) Soziale Beziehungen und Schichtdimensionen:* Je höher die Position auf der Schichtungsdimension Einkommen desto höher ist die Integration durch eine Partnerrolle (Drogenkonsumenten), die Integration durch eine Berufsrolle (alle drei Gruppen), die Integration im primären Netz (Drogenkonsumenten) sowie im sekundären Netz (Drogenkonsumenten). Bildung korreliert negativ mit der Berufsrolle (Drogenkonsumenten und homosexuelle Männer) und der Integration im primären Netz (Drogenkonsumenten). Hingegen wird ein positiver Zusammenhang zwischen Bildung und Integration im primären Netz (homosexuelle Männer) und Integration im sekundären Netz (Drogenkonsumentinnen) gefunden. Zwischen Schichtdimensionen und wahrgenommener Unterstützung wird einzig bei den homosexuellen Männern ein positiver Zusammenhang identifiziert. Je tiefer das Einkommen, desto höher das Ausmass an erhaltener formeller Unterstützung (Drogenkonsumenten und homosexuelle Männer). Je höher die Bildung, desto tiefer das Ausmass an erhaltener informeller Unterstützung (Drogenkonsumentinnen) und desto höher das Ausmass an informeller sowie formeller sozialer Unterstützung (Drogenkonsumenten).

*(iv) Folgender Gesamtzusammenhang* wurde für die Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten über alle drei Ebenen des Modells hinweg empirisch nachgewiesen: Je höher das Einkommen, desto eher liegt eine Berufsrolle vor und desto weniger effektive Krankheitsverarbeitung tritt auf.

## Diskussion

### *Interpretation der Ergebnisse*

Der postulierte Zusammenhang, wonach ein höheres Ausmass an Ressourcen die Entstehung von Stress verhindert sowie die negativen Effekte vermindert, wird teilweise für die soziale Integration resp. die Schichtungsdimension Einkommen bestätigt. Werden die Ergebnisse unter dem Aspekt der Belastungen betrachtet, ist eine Alternativinterpretation möglich und plausibel: Eine verhältnismässig tiefe soziale Integration sowie ein verhältnismässig tiefes Einkommen stellen Stressoren dar, die in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitung resultieren. Für die letztere Interpretation sprechen insbesondere die signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Ausmass an finanziellen Ressourcen und der effektiven Krankheitsverarbeitung in den Gruppen der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Sie haben im Vergleich zu den homosexuellen Männern ein tieferes Einkommen (Ergebnisse nicht erwähnt), was darauf hinweist, dass ein sehr tiefes Ausmass an finanziellen Mitteln einen Stressor darstellt.

Die Hypothese, wonach Ressourcen die effektive Krankheitsverarbeitung fördern, wird empirisch für die erhaltene soziale Unterstützung gestützt, jedoch weder für die soziale Integration noch für die wahrgenommene soziale Unterstützung oder die Schichtzugehörigkeit. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die erhaltene Unterstützung "Krisenunterstützung" darstellt, der wie der Krankheitsverarbeitung ein Stresserleben voraus geht. Da das informelle soziale Netz von Drogenkonsument/innen oft weniger stabil ist als dasjenige von homosexuellen Männern, erfüllen die formellen Quellen für sie wichtige kompensatorische Aufgaben.

Ein tiefes Ausmass an kognitiven Ressourcen hängt mit einem vergleichsweise hohen Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung zusammen. Dieses Ergebnis steht insofern im Einklang mit der bisherigen Forschungsliteratur, als Menschen mit einer verhältnismässig tiefen Bildung ihre Lebenssituation als weniger kontrollierbar wahrnehmen und deshalb bei ihnen vergleichsweise häufiger ineffektive Krankheitsverarbeitung auftritt. Weshalb dieses Ergebnis ausschliesslich in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen auftritt, obwohl sie sich im Bildungsstand kaum von den anderen Subgruppen unterscheidet (Ergebnisse nicht gezeigt), kann nicht vollständig geklärt werden. Möglicherweise zeigen sich hier geschlechtsspezifische Reaktionsmuster.

In der Subgruppe der Drogenkonsumenten wurden Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung gefunden, die darauf hinweisen, dass das soziale Umfeld auf die Befindlichkeit eines Individuums reagiert. Die Drogenkonsumenten mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung, die sich in einer vermeidenden, depressiven Haltung äussert, lösen im sozialen Umfeld Empathie aus, die sich in einem höheren Ausmass an Integration und wahrgenommener Unterstützung äussert.

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen der Schichtzugehörigkeit auf der Makroebene und den sozialen Beziehungen auf der Mesoebene lassen nur wenige allgemeine Muster erkennen. Die genauere Betrachtung der Ergebnisse lassen erkennen, dass oftmals weniger die schichtspezifischen

Ressourcen oder Belastungen ausschlaggebend sind, als die Ausübung einer Partner- oder Berufsrolle. Zum Beispiel lässt sich der negative Zusammenhang zwischen Bildung und Integration im primären Netz bei den Drogenkonsumenten durch die integrative Funktion einer Erwerbstätigkeit erklären. Die tiefer gebildeten Drogenkonsumenten halten vergleichsweise häufiger eine Berufsrolle inne, die ihnen Zugang zu Menschen verschafft, denen sie sich eng verbunden fühlen. Bei den homosexuellen Männern hingegen fühlen sich die besser Gebildeten besser im primären Netz integriert als die schlechter Gebildeten. Dieser Zusammenhang kann nicht durch einen Partner erklärt werden, sondern dadurch, dass die besser Gebildeten nicht erwerbstätig sind, und sie ihre dadurch gewonnenen zeitlichen Ressourcen in soziale Beziehungen investieren.

Für die Integration im sekundären Netz sind für die Drogenkonsumenten finanzielle Ressourcen relevant – ein vergleichsweise höheres Ausmass ermöglicht eine Teilnahme am sozialen Leben. Da die Drogenkonsumenten im Vergleich zu den anderen Subgruppen weniger finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben, wirkt sich insbesondere ein sehr tiefes Einkommen als Hindernis aus. Möglicherweise ist aber auch die Einnahme von Partner- und Berufsrolle für die vergleichsweise gute soziale sekundäre Integration ausschlaggebend. Relativ gut verdienende Drogenkonsumenten haben sowohl eine Partnerin wie auch eine Erwerbstätigkeit, die die sekundäre Integration fördern.

Die signifikant positiven Zusammenhänge zwischen Berufsrolle und Einkommen sind plausibel, da eine vorhandene Erwerbstätigkeit sich positiv auf das Einkommen auswirkt. Ein höheres Ausmass an Bildung führt hingegen nicht wie erwartet zur Einnahme einer Berufsrolle, sondern es zeigt sich für die männlichen Subgruppen genau der umgekehrte Zusammenhang. Vielleicht ist es den tiefer gebildeten Männern eher möglich, auch kurzfristige Arbeitseinsätze zu leisten, da sie ohne grosse Anlernkosten eingesetzt werden können. Oder die besser Gebildeten können es sich auf Grund von Ersparnissen leisten, aus dem Arbeitsprozess auszusteigen, um ihre Gesundheit zu schonen.

Der positive Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und wahrgenommener sozialer Unterstützung, der bei den homosexuellen Männern nachgewiesen wird, entspricht zwar der Hypothese, doch muss im Dunkeln bleiben, welche Wirkungsmechanismen diesen Zusammenhang erklären. Möglicherweise sind Kompetenzen oder Persönlichkeitsmerkmale ausschlaggebend, die über Sozialisationsprozesse durch den relativ langen Verbleib in Bildungsinstitutionen vermittelt wurden und die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung beeinflussen (die homosexuellen Männer haben einen im Vergleich zu den anderen Subgruppen höheren Bildungsstand erlangt). Die Ergebnisse zwischen Schichtdimensionen und erhaltener sozialer Unterstützung zeigen kein Muster über die Subgruppen hinweg. Die Ergebnisse in den Subgruppen der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zwischen Bildung und informellen Quellen lassen sich durch Drittvariablen erklären: Die schlechter gebildeten reagieren häufiger als die besser gebildeten Drogenkonsumentinnen mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung, die soziale Unterstützung im sozialen Umfeld auslöst. Keine eindeutige Erklärung lässt sich für den positiven Zusammenhang hinsichtlich der informellen Unterstützung bei den

Drogenkonsumenten finden. Hingegen lassen sich die Zusammenhänge zwischen den Schichtdimensionen und Erhalt von formeller Unterstützung bei den Drogenkonsumenten auf die Berufsrolle zurückführen. Nichterwerbstätige Drogenkonsumenten haben auf Grund ihrer Erwerbslosigkeit Kontakt mit formellen Unterstützungsquellen.

Der empirisch überprüfte Gesamtzusammenhang über alle drei Ebenen des Modells zeigt, dass die fehlende Berufsrolle und das damit einher gehende tiefe Einkommen für die Drogenkonsumentinnen und -konsumenten als Stressoren in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitung resultieren.

Bevor auf den theoretischen Ertrag und die praktische Relevanz der Ergebnisse eingegangen wird, folgen anschliessend ein paar kritische Anmerkungen, welche für die Interpretation dieser Studie von Relevanz sind.

#### *Methodische Probleme*

Die Rekrutierungsstrategie und Betreuung der Studienteilnehmer/innen waren verhältnismässig ressourcenintensiv, was sich insofern positiv auf die Datenqualität ausgewirkt hat, als auch Personen befragt werden konnten, die durch Fragebogenerhebungen nicht erreicht werden. Nachteilig hat sich das Vorgehen auf die Stichprobengrössen ausgewirkt, was ein Hindernis für die empirische Überprüfung der Hypothesen darstellte. Die Analysen in der vorliegenden Arbeit beruhten auf Sekundäranalysen eines Datensatzes, der nicht eigens zum Zweck der hier verfolgten Fragestellung konzipiert wurde. Das Ziel der vorliegenden Arbeit stellt umfangreiche Ansprüche an die Operationalisierung der theoretischen Konstrukte, aber auch an das Studiendesign, denen nur teilweise gerecht werden konnten. Schliesslich können die vorliegenden Ergebnisse nur für städtische Verhältnisse generalisiert werden. Denn die Studienteilnehmer/innen wohnen alle in oder in der Nähe von Zürich, das Personen mit stigmatisierten Lebensstilen eine Unterstützungsinfrastruktur bietet und ermöglicht, relativ anonym zu bleiben.



## Schlussfolgerungen

Als theoretischen Ertrag der Arbeit können die Ergebnisse zu den bisher selten untersuchten Zusammenhängen zwischen Positionen auf Schichtdimensionen und Krankheitsverarbeitung erwähnt werden. Der in der Forschungsgemeinschaft oft postulierte positive Zusammenhang zwischen schichtspezifischen resp. sozialen Ressourcen und effektiver Krankheitsverarbeitung muss differenziert werden. Es zeigt sich vor allem, dass eine Erwerbslosigkeit und das damit einher gehende relativ tiefe Einkommen Stressoren darstellen, die in einem vergleichsweise hohen Ausmass an Krankheitsverarbeitung resultieren. Insbesondere der indirekte Effekt der Schichtzugehörigkeit über das intermediäre Konzept der sozialen Beziehungen wird nicht nachgewiesen.

Interessant ist, dass viele der empirisch nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Konstrukten durch das Einnehmen der Berufsrolle oder der Partnerrolle erklärt werden können. Dieses Ergebnis kann als Beitrag zur sozialen Ungleichheitsdiskussion aufgefasst werden. Die Möglichkeit, eine Berufs- oder Partnerrolle einzunehmen, wird zu einer Dimension der sozialen Ungleichheit, die den Zugang zu finanziellen und sozialen Ressourcen regelt.

Aus den Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für die Praxis ableiten, die entsprechend dem Mehrebenenmodell auf der Mikro-, Meso- und Makroebene angesiedelt werden können. Beim Individuum anknüpfend sind Interventionen möglich, die die individuelle Motivation zur Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation fördern. Auf der Mesoebene sind zielgruppenspezifische soziale Netzwerke z.B. für erwerbslose Drogenkonsument/innen zu etablieren und zu stärken. Auf der sozialpolitischen Ebene schliesslich kann aktive Arbeitsmarkt- und Solidaritätsförderungs politik betrieben werden.

## 1. Einleitung

Vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen hat das Thema der Krankheitsverarbeitung zunehmend an Bedeutung gewonnen und das Forschungsinteresse an den Determinanten einer effektiven, also erfolgreichen Krankheitsverarbeitung ist gestiegen. Die bisherige Forschung zur Krankheitsverarbeitung stammt vor allem aus der Psychologie und hat sich mit den Einflüssen von Persönlichkeitsfaktoren beschäftigt. Die Soziologie hat sich kaum mit der Krankheitsverarbeitung auseinandergesetzt und insbesondere der Bezug zu makrostrukturellen Gegebenheiten ist selten hergestellt worden. Hier setzt die vorliegende Arbeit an, indem untersucht wird, wie sich Schichtzugehörigkeit und soziale Beziehungen auf die Krankheitsverarbeitung bei Menschen mit einer HIV-Erkrankung auswirken.

### *Eine HIV-Infektion als chronische Erkrankung<sup>1</sup>*

Mit den seit 1996 in den Industrieländern auf breiter Basis zur Verfügung stehenden hochwirksamen antiretroviralen Kombinationstherapien (HAART, highly active antiretroviral therapy) hat sich das Bild der HIV-Infektion verändert: Ging man in der ersten Dekade der Aids-Epidemie in den 1980er-Jahren davon aus, dass das HI-Virus über Jahre hinweg zum Tod führt, kann man nun von einer chronischen Erkrankung sprechen. HAART verlängert die Lebenserwartung von Betroffenen und der Schwerpunkt der Behandlung hat sich auf die Erhöhung der Lebensqualität verschoben. Die erfolgreichen, therapeutischen Entwicklungen haben oft zur Folge, dass die Anforderungen, die ein Leben mit einer chronischen Erkrankung stellt, übersehen werden. Eine HIV-Infektion ist nach wie vor unheilbar und es besteht eine prognostische Unsicherheit. Die Bedrohungsqualität einer HIV-Infektion ist kurz nach der Diagnose am höchsten und nimmt bei schlechterem Gesundheitszustand wieder zu. Nach dem anfänglichen Schock einer Diagnose beginnt die Auseinandersetzung mit Fragen der Therapiemöglichkeiten. Die therapeutischen Massnahmen per se stellen an die Betroffenen sehr hohe Anforderungen. Denn die Medikamente müssen lebenslang eingenommen werden und unterliegen einem strengen Plan. So müssen z.B. einzelne Medikamente täglich auf nüchternen Magen, andere hingegen einmal wöchentlich eingenommen werden. Des Weiteren können sie zu starken Nebenwirkungen führen. Personen, die ihren Lebensstil – wie sexuelle Orientierung oder intravenöser Drogenkonsum – vor ihrer sozialen Umgebung geheim halten, wird die Bekanntgabe der Diagnose an das soziale Umfeld Schwierigkeiten bereiten, da sie dadurch gleichzeitig ihren Lebensstil mitteilen müssen. Die Erkrankung hat einen starken Einfluss auf den

---

<sup>1</sup> Die Ausführungen beziehen sich auf Erfahrungen von Menschen in industrialisierten, westeuropäischen resp. nordamerikanischen Ländern. Die Lebensrealitäten von betroffenen Menschen in der Sub-Sahara z.B. unterscheiden sich massgeblich und können nicht mit unseren verglichen werden.

Lebensbereich der Sexualität, führt zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit und damit zu schwindenden ökonomischen Ressourcen (Folkman 1993; Heim 1991; Muthny 1990, S. 144). In den letzten Jahren sind auch rechtliche Aspekte (wie Datenschutz oder Versicherungsfragen) in den Vordergrund getreten (Pärli, Müller Kucera et al. 2003). Diesen Anforderungen hat sich das Individuum in Interaktion mit seiner sozialen Umwelt zu stellen.

#### *Bedeutung von schichtspezifischen Ressourcen und Belastungen für den Umgang mit einer HIV-Infektion*

Das kritische Lebensereignis einer HIV-Diagnose bringt für das betroffene Individuum Anforderungen, die kurz- oder langfristig verarbeitet werden müssen. Man spricht hier von Krankheitsverarbeitung als einer Spezialform von Stressverarbeitung. Sie ist als Beschreibung von individuellen Reaktionen auf Stresserleben aufzufassen, die sich positiv oder negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken können. Die Krankheitsverarbeitung ist ein Prozess, in dem die der betroffenen Person zugänglichen Ressourcen eine wichtige Rolle spielen. Ein ausreichendes Ausmass an finanziellen, kognitiven und sozialen Ressourcen kann die Krankheitsverarbeitung positiv beeinflussen. Werden die Ressourcen hingegen bedroht, z.B. durch die chronische Erkrankung, können sie auch selber zur Quelle von Stress werden.

#### *Ziel der vorliegenden Studie*

Ziel der Untersuchung ist es, nach Zusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung zu suchen. Insbesondere von Interesse ist die Frage, ob die schichtspezifischen Ressourcen direkt auf die Krankheitsverarbeitung wirken, oder ob sie indirekt durch die soziale Einbindung auf die Krankheitsverarbeitung wirken. Die soziale Umwelt kann als Ressource den Umgang mit den krankheitsspezifischen Anforderungen erleichtern. Sie kann aber auch Anforderungen an das Individuum stellen, die es zusätzlich resp. unabhängig von der chronischen Erkrankung beanspruchen. Für die vorliegende Arbeit wird von Interesse sein, inwiefern eine schichtspezifische Variation in solchen zusätzlichen Belastungen festzustellen ist. Neben den Möglichkeiten und Hindernissen, die die Schichtzugehörigkeit bieten kann, ist auch der soziokulturelle Kontext im Sinne eines Lebensstils von Bedeutung. Diese förderlichen und hemmenden Einflüsse der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Subgruppen werden berücksichtigt, sind aber in der vorliegenden Arbeit nicht zentral.

#### *Mehrebenenmodell als theoretischer Rahmen*

Als theoretischer Rahmen für die Untersuchung dieser Fragestellung orientiert sich die Arbeit an dem von Borgers und Steinkamp (1994; Steinkamp 1993) für die sozialepidemiologische Gesundheitsforschung entwickelten Mehrebenenmodell. Das hierarchische Modell unterscheidet zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene und geht davon aus, dass die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen für die anderen

Ebenen vorgibt. Die soziale Ungleichheit bildet die Makroebene in diesem Modell. Der Definition von sozialer Ungleichheit immanent ist die gesellschaftlich hervorgebrachte Struktur ungleicher Verteilung knapper und begehrter materieller und immaterieller Ressourcen (einschliesslich ungleicher Zugangschancen zu ihnen). Diese beeinflussen die Realisierung von Lebenszielen der Gesellschaftsmitglieder und prägen somit ihre Lebensqualität. Zwar spielen individuelle, familien- und milieuspezifische Bewertungen z.B. von erstrebenswerten Lebenszielen eine Rolle, doch markieren die Ressourcen objektive Barrieren und Möglichkeiten bei der Verwirklichung dieser Lebensziele. In diesem Modell wird vorgeschlagen, dass auf der Makroebene die Ungleichheit mit "typischen" Schichtdimensionen ungleicher Lebensbedingungen erfasst wird, doch sollen gleichzeitig sie variierende horizontalen Disparitäten (z.B. Geschlechtzugehörigkeit) beachtet werden. Auf der Mesoebene sind die sozialen Kontexte und die mit ihnen einhergehenden Ressourcen und Belastungen von Bedeutung (z.B. Familie, Medizinsystem). Auf dieser Ebene ist die breite Forschungsliteratur zur sozialen Unterstützung einzuordnen, die hauptsächlich unter dem Blickpunkt der salutogenetischen Wirkungen betrachtet worden ist. Schliesslich wird auch das Individuum in die Argumentation mit einbezogen, indem die Frage betrachtet wird, welche Ressourcen mobilisiert werden können und welche intrapsychischen und intraphysischen Prozesse bei der Konfrontation mit Belastungen ausgelöst werden. Die Mikroebene umfasst die Auseinandersetzungen des Individuums mit Belastungen und Ressourcen und die Folgen dieser Prozesse. Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Krankheitsverarbeitung ist dementsprechend auf der Mikroebene einzuordnen.

### *Aufbau der Arbeit*

Der Aufbau der folgenden Ausführungen gliedert sich entsprechend dieses Rahmens, wobei von den Prozessen auf der individuellen Ebene ausgegangen wird und die jeweils höhere Ebene in die Argumentation miteinbezogen wird. Konkret werden folgende Schritte gemacht: Im anschliessenden 2. Kapitel werden die theoretischen Grundlagen der Arbeit aufgearbeitet. Als Erstes werden verschiedene Stressmodelle dargestellt und die zentralen Konzepte für die weitere Arbeit identifiziert (2.1). Nach diesem Überblick über die uns hier hauptsächlich interessierenden Prozesse der Mikroebene befassen sich zwei Abschnitte mit den beiden Konstrukten, deren Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung im Zentrum der Überlegungen stehen. Zuerst wird in 2.2 die theoretische Diskussion zu sozialen Beziehungen zusammengefasst und dadurch die Mesoebene betrachtet. Im Abschnitt 2.3 folgt ein forschungshistorischer Abriss über die soziologische Ungleichheitsdiskussion, um zum einen die Schichtzugehörigkeit als vertikale Struktur, zum anderen den soziokulturellen Hintergrund verschiedener Betroffenengruppen als horizontale Disparitäten herzuleiten. Im letzten Abschnitt des theoretischen Kapitels nähern sich die Ausführungen wieder der eigentlichen Forschungsfrage, indem Krankheitsverarbeitung, soziale Beziehungen und Schichtzugehörigkeit zueinander in Beziehung gesetzt werden. Nach dem methodischen Teil werden die eigenen Berechnungen im 4. Kapitel dargestellt.

Schrittweise wird betrachtet, wie Verarbeitung (4.1) resp. soziale Beziehungen mit Schichtzugehörigkeit zusammenhängen (4.3). In 4.2 wird nach allfälligen Interdependenzen zwischen Verarbeitung und sozialen Beziehungen gesucht. Schliesslich interessieren auch die allfälligen schichtspezifischen Belastungen, die in 4.4 betrachtet werden. Zum Schluss werden die Gesamtzusammenhänge betrachtet, um der Kernfrage auf die Spur zu kommen, inwiefern die gegebenenfalls ungleich verteilte soziale Einbindung sich auf die Krankheitsverarbeitung auswirkt.

## 2. Theoretische Überlegungen

Die Diagnose einer HIV-Infektion stellt ein kritisches Lebensereignis dar, das an die betroffenen Personen kurz- und langfristig Anforderungen stellt. Die Stressverarbeitungsforschung, die sich mit den individuellen Reaktionen auf derartige Anforderungen befasst, hat sich im Wesentlichen im Rahmen der Stressforschung entwickelt, deshalb werden die wichtigsten Modelle in 2.1 dargestellt. Ziel dieses Abschnittes ist es, die zentralen Konzepte im Stressprozess auszuarbeiten und ihre Bedeutung für die Stressverarbeitung festzulegen. Es handelt sich hierbei um die sozialen Beziehungen und die soziale Schichtzugehörigkeit. Die diesbezüglichen theoretischen Diskurse werden in den Abschnitten 2.2 und 2.3 zusammengefasst. In 2.4 wird dargestellt, wie Stressverarbeitung, Schichtzugehörigkeit sowie soziale Beziehungen im Stressprozess wirken können und auf welche Mechanismen die Effekte zurückzuführen sind.

### 2.1 Stressverarbeitungsforschung

Das bekannteste und mehr oder minder explizit am meisten angewandte Stressmodell in der Stressverarbeitungsforschung ist das transaktionale Modell der Lazarus-Gruppe (Lazarus und Folkman 1984), das als Erstes dargestellt wird. Anschliessend werden die Modelle von Antonovsky (1987), Becker (1992), Hobfoll (1989) und Pearlin (1989; Pearlin, Lieberman et al. 1981) vorgestellt. Diese Modelle ähneln sich bez. zentraler Elemente, unterscheiden sich aber leicht in anderen. Das Ziel dieses Überblicks ist es, das Verständnis der zentralen Konstrukte für die vorliegende Arbeit herauszuarbeiten und festzulegen.

#### 2.1.1 Stressmodelle

##### 2.1.1.1 *Die kognitiv-transaktionale Stresstheorie von Lazarus*

Der Ansatz von Lazarus (1998; Lazarus und Folkman 1984) stellt eigentlich mehr dar als eine Stresstheorie, denn er schliesst komplexe Verarbeitungsvorgänge und Emotionen sowie situative, persönliche und soziale Voraussetzungen und Konsequenzen mit ein. Stress beschränkt sich nicht auf Input oder Output, sondern umschreibt eine Transaktion, also eine Verbindung zwischen einer sich verändernden Situation und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person. Das Modell der Lazarus-Gruppe beinhaltet als zentrale Bestimmungstücke die Bedrohungsqualität einer potenziell belastenden Situation, die primäre Einschätzung (primary appraisal) des Ereignisses, die sekundäre Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und die Stressverarbeitung. Die Beziehung zwischen diesen Konstrukten bestimmt die Entstehung von Stress und steuert die Auswahl von Reaktionen. Vorerst

wird eine Situation bezüglich der subjektiven Relevanz bewertet. Sie kann für das Individuum entweder als irrelevant, als günstig/positiv oder als belastend bewertet werden. Belastende Bewertungen im Sinne von Stress können in drei unterschiedlichen Formen auftreten: Schädigung oder Verlust; Bedrohung; Herausforderung. Schädigung/Verlust bezieht sich auf eine bereits eingetretene Schädigung. Bedrohung hingegen ist die kognitive Vorwegnahme einer Schädigung. Herausforderung setzt voraus, dass eine Bedrohung letztlich, falls sie bewältigt wird, mit positiven Folgen verbunden ist. In einem zweiten Bewertungsprozess beurteilt das Individuum seine eigenen Bewältigungschancen (subjektive und objektive Ressourceneinschätzung<sup>2</sup>). Diese zweite Bewertung wirkt in Form einer Feedback-Schleife auf die erste Situationsbewertung zurück und führt zu einer Neubewertung. Dadurch verändern sich die emotionalen Zustände in einer ständigen Interaktion mit der Umwelt (= Transaktion), gleichzeitig werden die eingesetzten Verarbeitungsversuche bewertet und mit den ersten Bewertungen verglichen. Stress entsteht, wenn die internen und/oder externen Anforderungen die Ressourcen einer Person herausfordern oder zu übersteigen drohen. Insofern kann hier auch von einer anomischen Situation im Sinne von Merton (1968) gesprochen werden, weil die betroffene Person die Mittel zur Erreichung ihrer Ziele nicht zur Verfügung hat.

Als Reaktion auf Stress werden Anstrengungen unternommen, die als Stressverarbeitung<sup>3</sup> bezeichnet werden. Steht die Regelung von Emotionen, die durch das belastende Ereignis ausgelöst werden, im Vordergrund, wird vermehrt emotions-fokussierte Stressverarbeitung eingesetzt. Geht es jedoch um handlungs- und kognitivbezogene Bemühungen zur Lösung des Problems, ist von problem-fokussierter Stressverarbeitung die Rede. Die Kontrollierbarkeit einer Situation spielt hierbei eine wichtige Rolle: Je stärker eine Person die Situation als kontrollierbar, also als durch persönliches Verhalten beeinflussbar, wahrnimmt, desto stärker treten problem-fokussierte Reaktionen auf. Umgekehrt werden sich die Bemühungen eher auf die Regelung von Emotionen konzentrieren, wenn die betroffene Person die Situation als unkontrollierbar einschätzt. Die Stressverarbeitungsreaktionen haben zum Ziel, den Stresszustand abzubauen. Hierbei kann eine Person variabel auf verschiedene Situationen mit unterschiedlichen Reaktionen antworten. Wichtig ist, dass Stressverarbeitungsprozesse die Gesundheit resp. den Krankheitsverlauf positiv oder negativ beeinflussen können (detailliertere Ausführungen zu diesem Aspekt folgen in 2.4.1). Der Prozesscharakter der Stressverarbeitung ist zentral: ein Kontinuum von Bewertung, Anpassungsversuch, Neubewertung usw. wird im Sinne einer auf der Zeitachse fortschreitenden Person-Situation-Wechselwirkung postuliert.

---

<sup>2</sup> Ressourcen sind personale und soziale "Mittel", auf die in belastenden Situationen zurückgegriffen werden kann. Sie stellen ein Potenzial für Handlung bereit, sind aber nicht selbst Handlung.

<sup>3</sup> Im englischen Sprachgebrauch spricht man von "Coping".

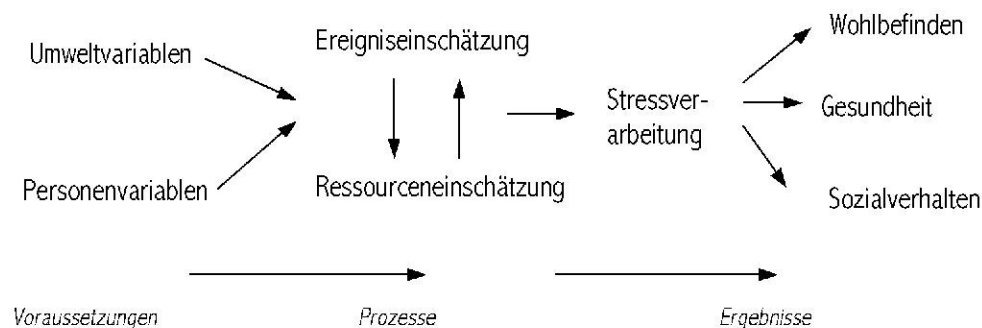


Abbildung 2: Stressverarbeitungsprozess nach Lazarus (nach Schwarzer 1992, S. 131)

Dieses allgemeine Modell der Stressverarbeitung resp. dessen Operationalisierung wurde für verschiedene Situationen nutzbar gemacht, u.a. auch für die spezifischen Verarbeitungsprozesse bei chronisch Kranken. Krankheitsverarbeitung wird insofern als Spezialfall von Stressverarbeitung aufgefasst, als belastende Ereignisse im Zuge einer Erkrankung und deren Auswirkungen betrachtet werden. Krankheitsverarbeitung wird in Anlehnung an die Stressverarbeitungs-Definition von Lazarus und Folkman (1984) resp. Heim (1986) definiert als "die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern." (Muthny 1989, S. 5). Krankheit wird als ein stressreiches Lebensereignis aufgefasst, das die Verarbeitungsressourcen einer kranken Person und ihres sozialen Umfelds beansprucht.

#### 2.1.1.2 Das salutogenetische Modell von Antonovsky

Im Rahmen der Stressforschung hat Antonovsky (1979; 1987) sein salutogenetisches Modell der Gesundheit entwickelt, das dem transaktionalen Modell von Lazarus ähnlich ist. Wie auch Lazarus' Modell besteht es aus komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt. Für eine ausgezeichnete und umfassende Diskussion des Konzepts der Salutogenese sensu Antonovsky sei auf Bengel, Strittmatter et al. (1999) verwiesen, deren Arbeit als Grundlage für die folgenden Ausführungen dient. Hierbei werden vorerst die wichtigsten Elemente im Modell dargestellt, bevor die Zusammenhänge zwischen denselben thematisiert werden.

Das Kernstück von Antonovskys Modell bildet das Kohärenzgefühl, das eine Grundhaltung umschreibt. Mit grösserer Ausprägung bewirkt dieses Gefühl, dass eine Person gesünder ist, schneller gesund wird resp. länger gesund bleibt. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen (Bengel, Strittmatter et al. 1999, S. 29):



- Gefühl von Verstehbarkeit (Ausmass, in dem ein Individuum erwartet, Stimuli – auch unbekannte – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können)
- Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um Anforderungen zu begegnen)
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (Ausmass, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet).

Stressoren sind alle Reize oder Stimuli, die Stress erzeugen. Ob ein Reiz ein Stressor ist, lässt sich also immer erst an dessen Wirkung erkennen und nicht vorhersagen. Stressoren sind eine von innen oder aussen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört. Zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes wird eine nicht-automatisch und nicht-unmittelbar verfügbare, Energie verbrauchende Handlung notwendig.

Die generalisierten Widerstandsressourcen sind Faktoren, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern und dadurch Erhalt oder Verbesserung von Gesundheit beeinflussen. Es handelt sich dabei sowohl um individuelle (körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Faktoren (soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Antonovsky bezeichnet sie deshalb als "generalisiert", weil sie in Situationen aller Art wirksam werden. "Widerstand" deutet darauf hin, dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen. Lebenserfahrungen werden durch das Vorhandensein von generalisierten Widerstandsressourcen ermöglicht. Die Entstehung bzw. das Vorhandensein von Widerstandsressourcen hängt vom soziokulturellen und historischen Kontext und den darin vorherrschenden Erziehungsmustern und sozialen Rollen ab. Weiter haben aber auch persönliche Einstellungen und zufällige Ereignisse einen Einfluss.

Schliesslich ist das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum als weiteres wichtiges Element von Antonovskys salutogenetischem Modell zu nennen. Gemäss dieser Auffassung gibt es kein gesund versus krank. Vielmehr hat jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch noch gesund sein.

Der Zusammenhang zwischen den wichtigsten Elementen des Modells zur Entstehung von Gesundheit kann grob folgendermassen umschrieben werden: Ein Reiz tritt auf. Mit einem starken Kohärenzgefühl können Reize als neutral bewertet werden, so dass kein Spannungszustand entsteht. Wenn ein Reiz als Stressor bewertet wird, kann mit einem hohen Kohärenzgefühl unterschieden werden, ob der Stressor bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Bei einer Einstufung als günstig oder irrelevant wird Anspannung wahrgenommen, doch die Person mit einem hohen Kohärenzgefühl nimmt an, dass die Anspannung auch ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder vorübergeht. Wird der Stressor als bedrohlich eingestuft, vertraut die Person mit einem hohen Kohärenzgefühl darauf, dass sich die Situation schon bewältigen lassen wird, und sie aktiviert hierfür Widerstandsressourcen.

Bei erfolgreicher Spannungsreduktion bleibt der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten. Erfolgreiches Spannungsmanagement führt zu einem Stresszustand. Dieser steht in Wechselwirkung mit vorhandenen pathogenen Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Position auf dem Kontinuum aus. Hier zeigt sich eine Rückbezüglichkeit, die schnell zu einem Teufelskreis werden kann: Wenn zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden sind, beeinflusst dies die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ; ein niedriges Kohärenzgefühl verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen.

### 2.1.1.3 Das Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker

Das integrative Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit wurde von Becker (1992; Becker, Bös et al. 1994) in der Tradition des transaktionalen Stressmodells von Lazarus entwickelt und wird vom Autor als Erweiterung des Salutogenese-Modells verstanden. Es dient der Erklärung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes. Das Modell geht davon aus, dass zur Bewältigung externer und interner Anforderungen externe und interne Ressourcen genutzt werden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anforderungen und Ressourcen gemäss Becker

| Anforderungen   | Ressourcen   |
|---|--|
| <u>Externe psychosoziale:</u> berufliche, familiäre, gesellschaftliche, institutionelle | <u>Externe psychosoziale:</u> soziale Unterstützung, Absicherung, Gesundheitssystem          |
| <u>Externe physische:</u> körperliche Belastungen, Lärm, Umwelt                         | <u>Externe physische:</u> "gesunde" Umwelt, Zugang zu Nahrung, Medikamenten u.ä.             |
| <u>Interne psychische:</u> psychische Bedürfnisse, interne "Soll-Werte"                 | <u>Interne psychische:</u> habituelles Gesundheitsverhalten, habituelle seelische Gesundheit |
| <u>Interne physische:</u> Vulnerabilität (Verwundbarkeit)                               | <u>Interne physische:</u> Kondition, konstitutionelle Invulnerabilität                       |

Im Verarbeitungsprozess kommt dabei der internen Ressource "Seelische Gesundheit als Eigenschaft" und dem aktuellen Verhalten und Erleben zentrale Bedeutung zu. Seelische Gesundheit ist als eine zeitlich relativ stabile Eigenschaft aufzufassen, die es ermöglicht, den externen wie auch den internen Anforderungen gerecht zu werden.

#### 2.1.1.4 Die Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll

Im Unterschied zu den bisherigen vorgestellten Modellen definiert Hobfoll (1989) in seiner "Conservation of resources theory" Stress als Defizit oder tatsächlichen Verlust von Ressourcen. Der Mangel an objektiven oder subjektiven Ressourcen bedeutet eine Verwundbarkeit oder Vulnerabilität. Je geringer die Chancen auf Wiedergewinnung oder Substituierung von Ressourcen sind und je grösser die subjektive Bedeutung der Ressourcen ist, desto stressreicher wird die Situation erlebt. Die Bewertungsprozesse sind für das Stresserleben auch in diesem Ansatz zentral, denn die Einschätzung der Bedrohung wie auch Zugang zu Ressourcen determinieren letztendlich das Ausmass der Stressreaktion. Hobfoll unterscheidet zwischen Objektressourcen (Heim, materieller Besitz), Bedingungsressourcen (hochbewertete und angestrebte Lebensbedingungen und soziale Rollen wie Partnerschaft, soziale Beziehungen, Erhalt sozialer Unterstützung), Energie-Ressourcen (Zeit, Geld, Wissen) und Persönlichkeits-Ressourcen. Im Falle chronischer Krankheit können alle diese Ressourcen zum Gegenstand des Stresserlebens werden, wenn sie durch die spezifische Art der Krankheit und die damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigungen bedroht sind. Die Ressourcen, die nicht vom stressreichen Ereignis betroffen sind, werden vom Individuum mobilisiert, um die Anforderungen anzugehen. Sie können negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit abschwächen, indem sie die Stressbewertung vermindern und aktive Bemühungen um Erhalt, Wiedergewinnung oder Substitution der betroffenen Objekt-, Energie- und Bedingungsressourcen unterstützen.

#### 2.1.1.5 Das Stressmodell von Pearlin

Als letztes Modell soll auf dasjenige von Pearlin (1989) eingegangen werden, der eine konsequente soziologische Betrachtung des Stressprozesses verlangt. Ähnlich wie in den bereits vorgestellten Modellen geht er von drei konzeptuellen Schwerpunkten aus: die Quellen, die Mediatoren und die Erscheinungsformen von Stress. Belastungen oder Stressoren werden in (subjektiven) Stress umgesetzt, der sich in Auswirkungen auf die Lebensqualität resp. Gesundheit (Outcome) äussert, wobei intervenierende Variablen die Effekte des Stress beeinflussen können. Pearlin unterscheidet zwei verschiedene Stressoren: kritische Lebensereignisse (life events) auf der einen und chronische Belastungen (chronic strains) auf der anderen Seite. Lebensereignisse lassen sich umschreiben als Ereignisse, die das Leben verändern, wobei nicht eine Veränderung per se schädlich sein muss, sondern die Qualität der Veränderung wichtig ist. Veränderungen, die unerwünscht, unerwartet und unkontrollierbar sind, sind als die schädigenden identifiziert worden. Chronische Belastungen sind anhaltende Probleme, Konflikte und Bedrohungen, denen Menschen täglich ausgesetzt sein können. Bei dieser Unterscheidung wird oft missachtet, wie Lebensereignisse und chronische Belastungen zusammenwirken können – Pearlin (1989) identifiziert drei mögliche Wege: 1) Lebensereignisse führen zu chronischen Belastungen, 2) chronische Belastungen führen zu Lebensereignissen und 3)

Lebensereignisse und chronische Belastungen schaffen zusammen einen Bedeutungskontext, das heisst z.B. ein Lebensereignis kann einen Einfluss darauf haben, wie eine chronische Belastung beurteilt wird. Somit treten signifikante Stressoren selten einzeln auf. Die genaue Unterscheidung ist nicht immer ganz einfach, deshalb schlägt Pearlin eine Unterscheidung von primären, stressauslösenden Faktoren und sekundären Folgefaktoren vor, wobei die Letzteren zeitlich, nicht von der Bedeutung her sekundär sind. Die gleichen (primären) Stressoren können zu unterschiedlichen Outcomes bei Menschen führen, weil sie jeweils verschiedenartige (sekundäre) Stressoren bei den Individuen zur Folge haben. Die Bedrohungsqualität der Stressoren hängt davon ab, ob sie das individuelle Selbstkonzept beeinflussen. Pearlin et al. (1981) weisen nach, dass Stressoren v.a. dann belastend sind, wenn sie das Selbstkonzept negativ beeinflussen. Wichtig ist auch, dass Stressoren von Betroffenen unterschiedlich (stark) bewertet werden. Je nachdem, was dem Lebensereignis vorausging (z.B. andere Stressoren), werden Leute unterschiedlich darauf reagieren. So weist die "Life-events"-Forschung darauf hin, dass die Verarbeitung eines belastenden Ereignisses auch davon abhängt, auf welchen "Lebenssummenwert" von Belastungen ein solches Ereignis trifft (Broda 1993, S. 69; Holmes und Rahe 1967). Auf Grund der Stressoren resp. der Beeinträchtigung des Selbstkonzepts lässt sich noch keine Aussage über die Intensität von Stress machen. Vielmehr sind die Mediatoren "soziale Unterstützung" und "Stressverarbeitung" wirksam, die den Stressprozess beeinflussen und Effekte der Stressoren mindern können. Pearlin fordert, dass in jeder Phase des Prozesses die Bedeutung soziologisch wichtiger Konzepte wie z.B. Schichtzugehörigkeit in die Analyse miteinbezogen werden muss: bez. dem Ausgesetztsein und der individuellen Bedeutung von Stressoren, bez. dem Zugang zu Mediatoren und bez. den psychischen, physischen und verhaltensspezifischen Erscheinungsformen von Stress.

### **2.1.2 Vergleich der dargestellten Stressmodelle**

Nachdem die wichtigsten Stressmodelle kurz dargestellt worden sind, fällt auf, dass sie sich in einzelnen Elementen sehr ähnlich sind, während auch Unterschiede hervorzuheben sind. Die Modelle ähneln sich insofern, als sie den Prozesscharakter in der Entstehung und im Umgang mit Stress hervorheben. Alle gehen sie davon aus, dass ein Ereignis nicht per se als Stressor oder belastend eingestuft werden kann. Vielmehr bestimmen individuelle Bewertungsprozesse, die von persönlichen Wertvorstellungen abhängen, und bisherige Lebensereignisse die Bedrohungsqualität. Die Modelle unterscheiden sich hingegen leicht bezüglich der Bedeutung der Ressourcen, in der Definition von Stress und bez. des Outcomes des Stressprozesses. Auf diese unterschiedlichen Auffassungen wird in Tabelle 2 eingegangen, um damit zugleich das Verständnis der in dieser Arbeit benutzten Begriffe darzulegen.

Tabelle 2: Überblick über die diskutierten Stressmodelle

| Autor des Modells | Ressourcen  | Rolle der Ressourcen                          | Definition Stress  | Outcome   |
|-------------------|---|---|--|---|
| Lazarus           | Subjektive, objektive   | Verhinderung der Stressentstehung             | Interne/ externe Anforderungen > Ressourcen                                | Stressverarbeitung als Reaktion auf Stress; physische/ psychische Gesundheit; Sozialverhalten |
| Antonovsky        | Individuelle, soziale, kulturelle                             | Spannungsreduktion                            | Erfolgleses Spannungsmanagement  | Physische Gesundheit  |
| Hobfoll           | Objekt-, Bedingungs-, Energie-, Persönlichkeitsressourcen     | Stressreduzierend                             | Mangel an/Verlust von Ressourcen   | Psychische Gesundheit   |
| Pearlin           | Soziale Unterstützung und Stressverarbeitung (als Mediatoren) | Verminderung negativer Effekte von Stressoren | Beeinträchtigung des Selbstkonzepts; Wirksamkeit der/Ausmass an Mediatoren | Lebensqualität, physische/ psychische Gesundheit  |

Anmerkung: Das integrative Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker wird nicht dargestellt, weil es eine Weiterentwicklung resp. Präzisierung von Lazarus und Antonovsky darstellt, und sein Modell in den zentralen Elementen mit denjenigen dieser Autoren übereinstimmt.

Gemäss Lazarus fördert ein höheres Ausmass an Ressourcen die Bewältigungschancen und in Antonovskys Modell helfen die generalisierten Widerstandsressourcen bei der Spannungsreduktion. In beiden Modellen können die Ressourcen so die Entstehung von Stress verhindern. Gemäss Hobfoll haben die Ressourcen eine leicht andere Bedeutung: Sie können einerseits Stress reduzieren, sie können aber auch selber zur Quelle von Stress werden, wenn sie bedroht sind. Pearlin spricht nicht von Ressourcen, sondern von den Mediatoren "soziale Unterstützung" und "Stressverarbeitung", die die Effekte von Stress abschwächen können. Diese beiden Mediatoren werden als gleichbedeutend angesehen, während bei Lazarus Stressverarbeitungsreaktionen das Ergebnis eines Prozesses sind, in dem ein hierarchisches Verhältnis zwischen sozialer Unterstützung und Stressverarbeitung besteht: als soziale Ressource kann soziale Unterstützung die Entstehung von Stress verhindern und eine Stressverarbeitung überflüssig machen. Wichtig für die vorliegende Fragestellung ist die von Pearlin betonte soziologische Betrachtungsweise des Stressprozesses für den Zugang zu den Mediatoren, aber auch in der Entstehung und in den Erscheinungsformen von Stress. Sowohl bei Pearlin wie auch bei Lazarus folgt Stressverarbeitung auf Stress, doch sagen die Stressverarbeitungsreaktionen noch nichts über den Erfolg

derselben aus. Dieser kann erst anhand der Auswirkungen auf die Gesundheit<sup>4</sup> resp. anhand des Krankheitsverlaufs bestimmt werden.

Aus diesen Ausführungen werden folgende Grundlagen für die vorliegende Arbeit abgeleitet: Stressverarbeitung wird als zentrales Element im Stressprozess betrachtet, das als Reaktion auf Stress folgt. Ressourcen stellen ein Potenzial für Handlung dar und können in verschiedenen Phasen im Stressprozess wirken: Sie können die Entstehung von Stress verhindern, die Auswirkungen von Stress abschwächen, aber auch selber zur Quelle von Stress werden, wenn sie bedroht werden. Ressourcen umfassen individuelle und soziale Ressourcen. Effektive Stressverarbeitung – als positiver Outcome des Stressprozesses – umfasst Reaktionen, die sich positiv auf die Gesundheit resp. auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Abschliessend sollen noch ein paar Bemerkungen zu den Begrifflichkeiten aus der Stressverarbeitungsforschung angefügt werden: Grundsätzlich ist festzustellen, dass in der deutschsprachigen Literatur verschiedene Begriffe zu finden sind – als wichtigste sind Krankheitsverarbeitung, -bewältigung und Coping zu nennen. Teilweise werden die Begriffe auch synonym gebraucht. Während in Bewältigung und Coping auch schon der Erfolg also eine Überwindung der psychischen Krise mitschwingt, ist der Begriff der Verarbeitung zutreffender, weil dadurch eher ein Anpassungsprozess impliziert wird (z.B. Klauer und Filipp 1997). Muthny (1989), dessen Erhebungsinstrument im Rahmen dieser Studie eingesetzt wurde, bevorzugt ebenfalls den Begriff der Krankheitsverarbeitung im Gegensatz zu Krankheitsbewältigung. Des Weiteren favorisiert er den Begriff des "Krankheitsverarbeitungs-Modus" an Stelle von Krankheitsverarbeitungs-Stil, -Strategie oder -Mechanismus. Denn "Stil" impliziert eine Trait-Komponente, die in Anlehnung an Lazarus nicht angenommen wird, "Strategie" etwas Planvolles, ein auf ein konkretes Ziel gerichteter Einsatz von Stressverarbeitung, und "Mechanismus" etwas Rigid, Automatisiertes. Entsprechend werden in der vorliegenden Arbeit, die von Muthny vorgeschlagenen Begriffe benutzt. Auf der allgemeinen, theoretischen Ebene wird von Stressverarbeitung die Rede sein, da eine explizite Abgrenzung von Krankheitsverarbeitung unwichtig ist. Wenn nicht einzelne Modi von Interesse sind, sondern das Ausmass an Reaktionen auf ein Stresserleben, ist von Stressverarbeitungs-Reaktionen resp. Krankheitsverarbeitungs-Reaktionen die Rede.

---

<sup>4</sup> Da alle Modelle implizit oder explizit von diesem Outcome ausgehen, soll an dieser Stelle der Frage nach der Definition von Gesundheit nachgegangen werden. Während früher Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde, dient heute eine positive Umschreibung des Gesundheitszustandes als Bezugspunkt. Die WHO definierte 1946 Gesundheit als ein anzustrebendes Optimum: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

### 2.1.3 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurde der theoretische Ausgangspunkt der Arbeit geschaffen, indem verschiedene Stressmodelle vorgestellt wurden. Der Auslöser des Stressprozesses stellt ein Ereignis dar, das auf Grund von individuellen Bewertungsprozessen und bisherigen Lebensereignissen als Stressor oder als neutral eingestuft werden kann. In dem komplexen Stressprozess spielen individuelle und soziale Ressourcen als Potenzial für Handlung eine massgebliche Rolle. Sie können auf verschiedene Phasen einwirken: Sie können die Entstehung von Stress verhindern, die Auswirkungen von Stress abschwächen, aber auch selber zur Quelle von Stress werden, wenn sie bedroht werden. Kann der Spannungszustand nicht neutralisiert werden, entsteht Stress, auf den als Reaktion Stressverarbeitung folgt. Effektive Stressverarbeitung wird somit zum möglichen Outcome des Stressprozesses und umfasst Reaktionen, die sich positiv auf die Gesundheit oder auf den Krankheitsverlauf auswirken – ineffektive Stressverarbeitung wirkt sich dementsprechend negativ aus. Um eine soziologische Betrachtungsweise in die Analyse von Stressprozessen einzubringen, wird gemäss Pearlin eine konsequente Berücksichtigung der Schichtzugehörigkeit in die Überlegungen mit einbezogen. Dies führt dazu, dass die schichtspezifisch variierenden kognitiven und finanziellen Ressourcen als individuelle Ressourcen in den Mittelpunkt des Interesses rücken.

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit den theoretischen Konstrukten der sozialen Beziehungen (2.2) und sozialen Ungleichheit (2.3), mit dem Ziel, sich den für den Umgang mit einer chronischen Erkrankung wichtigen sozialen, kognitiven sowie finanziellen Ressourcen anzunähern. In 2.4 werden die konkreten Wirkungsweisen von und Interdependenzen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Stressverarbeitung im Stressprozess näher betrachtet.

## 2.2 Soziale Beziehungen in der soziologischen Theorie

Der vorherige Überblick über die wichtigsten Stessmodelle hat aufgezeigt, dass den Ressourcen eine zentrale Rolle für die Entstehung sowie für den Umgang mit Stress zukommt. Im folgenden Abschnitt soll näher auf die sozialen Ressourcen eingegangen werden. Unter sozialen Ressourcen werden soziale Beziehungen vor allem wegen ihres Unterstützungspotenzials verstanden. Das Konzept der sozialen Beziehungen hat in den letzten Jahren in verschiedenen Disziplinen und im Zusammenhang insbesondere mit Gesundheit an Beliebtheit gewonnen. Umso mehr erstaunt es, wie wenig fortgeschritten die theoretische Konzeptualisierung desselben ist. Dies führt dazu, dass in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Begriffe und Operationalisierungen von ähnlichen Konstrukten zu finden sind: wie soziale Unterstützung, Netzwerk, soziales Kapital, Rückhalt, Unterstützungssystem. Die Netzwerktheorie hat hierbei wichtige Beiträge zur Erklärung von sozialen Beziehungen gemacht. In der Auseinandersetzung mit sozialen Beziehungen wird man früher oder später mit dem Begriff des sozialen Kapitals konfrontiert. Im folgenden Abschnitt werden diese beiden theoretischen Strömungen kurz dargestellt und begründet, weshalb in der vorliegenden Arbeit der Begriff der sozialen Beziehungen gewählt wird (vgl. 2.2.1). Anschliessend wird die theoretische Diskussion entlang den zentralen Konstrukten von sozialen Beziehungen von House et al. (1988) kursorisch zusammengefasst (2.2.2 – 2.2.4).

### 2.2.1 Begriffsklärung: soziale Netzwerktheorie, Sozialkapital oder soziale Beziehungen?

Netzwerkmodelle können graphisch dargestellt werden als zerstreute Punkte, die durch Linien verbunden sind. Die Punkte sind Personen, die Linien ihre sozialen Beziehungen, die als Kanäle für Ressourcen dienen. Die soziale Netzwerk-Analyse befasst sich also mit Beziehungen zwischen sozialen Einheiten und mit den Mustern und Implikationen dieser Beziehungen (Wasserman und Faust 1994, S. 6). Interaktionen zwischen den "Punkten" werden betrachtet und wie diese Wechselbeziehungen, Rahmenbedingungen oder Strukturen bilden. Oder anders ausgedrückt: Die Netzwerkanalyse untersucht, wer mit wem in Verbindung steht, welche Inhalte diese Beziehungen umfassen, welche Muster die Beziehungsstruktur bildet, ob es Zusammenhänge zwischen diesen Mustern und dem Verhalten der Netzwerkmitglieder gibt und welche Korrelationen zwischen den Strukturmustern und anderen gesellschaftlichen Faktoren bestehen. Soziale Netzwerke können dementsprechend als Möglichkeitsstruktur aufgefasst werden, indem sie Handlungsoptionen begrenzen oder schaffen. Sie bilden die Infrastruktur für soziale Unterstützung (Trojan und Legewie 2001, S. 269). Die Netzwerktheorie bietet ein Instrumentarium zur Überbrückung der Lücke zwischen Mikro- und Makroebene, weil das Handeln einzelner Akteure im Kontext grösserer struktureller Bedingungen untersucht wird (Wasserman und Faust 1994, XI–XIV). Netzwerktheoriker/innen neigen dazu, dass die Beziehungsstruktur als Sozialstruktur einer Gesellschaft aufzufassen, obwohl dies die übliche Konnotation des Begriffs reduziert. In dieser Arbeit wird von einer



eigenständigen Qualität der Beziehungsstruktur ausgegangen, die nicht allein die Sozialstruktur einer Gesellschaft repräsentiert, wohl aber von ihr beeinflusst werden kann.

In der Vergangenheit wurde postuliert, dass Netzwerkanalysen soziales Kapital im Sinne Bourdieus (1983) (Albrecht 2002; Keupp 1987) oder Colemans (1988) (Portes 1998) erfassen könnten. Da man in der Auseinandersetzung mit der Forschungsliteratur zu sozialen Beziehungen früher oder später auf den Begriff des sozialen Kapitals stösst, soll hier auf dieses Konzept eingegangen werden.

Das Konzept des Sozialkapitals geniesst in den Sozialwissenschaften seit den 1990er-Jahren eine hohe Popularität und kann als ein weiteres Beispiel (wie z.B. Stigma) für einen soziologischen Begriff gelten, der in die Alltagssprache aufgenommen worden ist. Als wichtigste Autoren sind Bourdieu (1983), Coleman (1988) und Putnam (1993) zu nennen. Ihre theoretischen Überlegungen sollen nachstehend kurz dargestellt werden.

Der Begriff soziales Kapital wurde von Pierre Bourdieu (1983) geprägt<sup>5</sup>. Mit einer allgemeinen Wissenschaft von der Ökonomie der Praxis will Bourdieu die engen Grenzen der Wirtschaftswissenschaften aufheben und Praxisformen aufdecken, die zwar ökonomischen Charakter tragen, aber im gesellschaftlichen Leben nicht als solche erkannt werden. Im Gegensatz zum Humankapital (also ökonomisches und kulturelles Kapital) bezieht sich das soziale Kapital nicht auf natürliche Personen, sondern die Beziehungen zwischen ihnen sind Träger dieser Kapitalform. Die Beziehungen bilden die Grundlage für wechselseitige Verpflichtungen der Akteure und Akteurinnen untereinander, die materiell (durch Hilfestellungen oder Informationsvergabe) ebenso wie symbolisch (durch Anerkennung oder Vertrauen) wirksam werden können. Als individuelle Ressource können diese Beziehungen "gewinnbringend" eingesetzt werden, ähnlich wie das ökonomische Kapital. Für die Bildung von Kapital irgendwelcher Art und auch für Transformationen in andere Kapitalsorten ist jeweils Zeit und Arbeit nötig. Beziehungsarbeit ist eine Investition, die für die Produktion und Reproduktion von dauerhaften und nützlichen Verbindungen notwendig ist. Das soziale Kapital stellt die Ressourcen dar, die auf der Zugehörigkeit einer Gruppe beruhen, wie z.B. soziale Verpflichtungen oder Beziehungen.

In englischsprachigen Netzwerkstudien wird das Konzept des sozialen Kapitals zwar aufgenommen, doch wird nur selten auf Bourdieu Bezug genommen (Portes 1998, S. 3). Meist bildet der Sozialkapital-Begriff von James Coleman die Grundlage der Arbeiten. Coleman (1988) interessierte sich v.a. für die Rolle von sozialem Kapital bei der Herstellung von Humankapital. Seine Definition umfasst verschiedene Ebenen:

... "including under the term some of the mechanisms that generated social capital (such as reciprocity expectations and group enforcement of norms); the consequences of its possession (such as privileged access to information); and the "appropriable"

---

<sup>5</sup> Die gesamte Kapitaltheorie von Bourdieu wird im Rahmen des forschungshistorischen Überblicks über die soziale Ungleichheitsdiskussion nochmals angesprochen (2.3).

social organization that provided the context for both sources and effects to materialize." (Portes 1998, S. 5)

Portes beurteilt Colemans Definition als im Unterschied zu Bourdieus theoretischen Ausführungen als zu wenig differenziert und Arbeiten, die auf Coleman zurückgehen, bleiben ebenso vage (Portes 1998, S. 6). Verschiedene weitere Autoren haben das Konzept aufgegriffen und – teilweise auf sich widersprechende Art und Weise – weiterentwickelt (eine Übersicht zeigen Freitag 2001, S. 93; Portes 1998, S. 6).

Neben der akteurorientierten Begriffsvariante von Bourdieu und Coleman gilt es die systemorientierte zu unterscheiden, die hier der Vollständigkeit halber kurz erwähnt wird. Systemorientierte Definitionen begreifen Sozialkapital als Summe von Faktoren, die das Zusammenleben und damit die gesellschaftliche Entwicklung fördern. Robert Putnam (1993) gilt als Pionier der systemorientierten Sozialkapital-Forschung. So wird in der Forschung in Anlehnung an Putnam das Sozialkapital von sozialen Gegebenheiten anhand von strukturellen (wie soziale Netzwerke, z.B. Vereine) und kulturellen Faktoren (Normen, z.B. generalisiertes Vertrauen) bestimmt. Zahlreiche Studien konnten belegen, dass die Verfügbarkeit von Sozialkapital in höheren Wachstumsraten einer Gesellschaft resultiert und sich damit tendenziell positiv auf die Mitglieder des Sozialsystems auswirkt. Da Sozialkapital kein öffentliches Gut im engeren Sinne ist, gilt es dabei jedoch – ähnlich wie im Falle der sozialen Netzwerke – die Kehrseite der Medaille (z.B. Exklusionsphänomene, Diskriminierung) nicht aus den Augen zu verlieren (vgl. Portes und Landolt 1996).

Gemäss Portes (1998) umschreibt das Konzept des Sozialkapitals trotz seiner aktuellen Popularität keine neue Idee für Soziolog/innen, sondern bezeichnet Prozesse, die in der Vergangenheit unter anderen Begriffen analysiert worden sind. Die Wurzeln des Konzepts in der klassischen soziologischen Literatur zu suchen würde bedeuten, die soziologischen Hauptwerke des 19. Jahrhunderts zu diskutieren – so Portes. Ursprünglich geht der Begriff auf Max Weber zurück. Dieser definiert:

"Soziale Beziehung soll ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer heissen. Die soziale Beziehung besteht also durchaus und ganz ausschliesslich: in der Chance, dass in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird, einerlei zunächst: worauf diese Chance beruht" (Weber 1976, Kapitel 1 § 3).

Weshalb hat das Konzept aber in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, wenn es nichts Neues beinhaltet? Zum einen beleuchtet das Konzept hauptsächlich die positiven Konsequenzen von Geselligkeit. Zum anderen werden diese positiven Effekte in eine breitere Diskussion von Kapital eingebettet und zeigen auf, wie solche nichtmonetäre Formen wichtige Macht- und Einflussquellen sein können. Die Transferierbarkeit der verschiedenen Kapitalsorten untereinander zeigen vermeintlich Lösungen auf, wie soziale Probleme kostengünstiger gelöst werden können. Portes (1998, S. 21) kommt

sodann zum Schluss, dass gerade individuelles Sozialkapital nicht viel mehr oder anderes umfasst als das Konzept der sozialen Beziehungen:

"Social ties can bring about greater control over wayward behavior and provide privileged access to resources; they can also restrict individual freedoms and bar outsiders from gaining access to the same resources through particularistic preferences. "

Soziale Beziehungen ist ein Begriff, den z.B. House et al. (1988) benutzen. Aufbauend auf einer Literaturübersicht zum Forschungsstand über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Unterstützung haben die Autor/innen die Flut von Arbeiten aus soziologischer Perspektive systematisch geordnet. Sie benutzen den Begriff der sozialen Beziehungen als Überbegriff für drei Konstrukte, die es empirisch und theoretisch voneinander zu unterscheiden gilt:

- Soziale Integration/Isolation: Vorhandensein, Anzahl sozialer Beziehungen (siehe Abschnitt 2.2.2)
- Struktur des sozialen Netzwerks: Struktur, die eine Menge sozialer Beziehungen charakterisiert, z.B. Kohäsion, Homogenität, Ausbreitung (2.2.3)
- Beziehungsinhalte umfassen drei Funktionen von sozialen Beziehungen: soziale Unterstützung, soziale Kontrolle/Regulation, Beziehungsanforderungen und -konflikte (2.2.4)

Diese drei Konstrukte stehen in kausalen Beziehungen zueinander (siehe Abbildung 3).

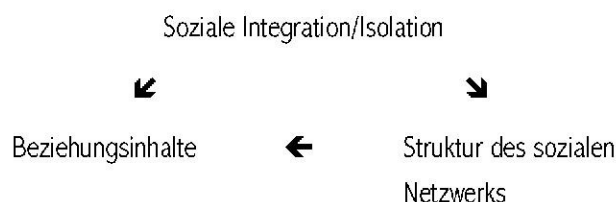


Abbildung 3: Kausale Zusammenhänge zwischen den Teilkonstrukten von sozialen Beziehungen

Der Grad der individuellen Integration und die Struktur des Netzwerks sind also Voraussetzung und bestimmend für den Zugang zu sozialer Unterstützung, sowie für Belastungen und soziale Kontrolle. Umgekehrt kann aber auf Grund der sozialen Integration z.B. keine zuverlässige Aussage über das Ausmass an erhaltener Unterstützung resp. über den Erhalt bestimmter Unterstützungsarten gemacht werden. Die Struktur des Netzwerkes wie Dichte, Nähe usw. sind hier wichtige Einflussfaktoren. Soziale Beziehungen können – wie auch die Netzwerktheorie postuliert – Kanäle sein für soziale Unterstützung. Beziehungen können auch sozial kontrollieren - das kann sich positiv oder negativ auswirken. Schliesslich können soziale Beziehungen auch belastend sein. Hier betonen House et al. hauptsächlich die mit

sozialen Beziehungen verbundenen Verpflichtungen. Es ist aber auch zu erwähnen, dass eine fehlende Beziehung (z.B. fehlende Partnerschaft) belastend sein kann.

Dieses Modell enthält also zentrale Aspekte, die sowohl in der Netzwerktheorie wie im Konzept des sozialen Kapitals diskutiert werden. Es kann insofern als umfassender als die Netzwerktheorie bezeichnet werden, als zusätzlich zur Netzwerkstruktur, die die Infrastruktur für soziale Unterstützung bietet, die positiven wie auch negativen Aspekte der Beziehungen (resp. des individuellen Sozialkapitals) explizit thematisiert werden.

Die entwickelten Dimensionen eignen sich hervorragend, um einen strukturierten Überblick über theoretische Zugänge zu sozialen Beziehungen zu geben<sup>6</sup>. Es soll vorabnehmend angemerkt werden, dass die Trennung zwischen den Konzepten lediglich eine analytische Unterscheidung ist. So ist die soziale Integration resp. die Netzwerkstruktur ohne Beziehungsinhalt nicht von Interesse. Doch scheint eine systematische Trennung von Inhalt und Form sinnvoll, weil die Form einerseits die grundsätzliche Möglichkeitsstruktur widerspiegelt, andererseits, weil sonst die Gefahr besteht, dass negative Auswirkungen und Belastungen von sozialen Beziehungen vernachlässigt werden.

### 2.2.2 Soziale Integration respektive Isolation

Das Konzept der sozialen Integration geht auf Durkheims (1897) klassisches Konzept zurück, das postuliert, dass soziale Beziehungen wie Ehe, Elternschaft, religiöse Involviertheit und Erwerbstätigkeit ein Gefühl von Bedeutung und Sinn vermitteln (Berkman und Glass 2000). Seine Argumentation basiert darauf, dass Individuen durch zwei Formen von Integration Teil der Gesellschaft sind: Einbindung und Regulation. Einbindung umfasst das Ausmass, in dem ein Individuum Beziehungen mit anderen Gesellschaftsmitgliedern aufrecht erhält. Regulation umschreibt die Prozesse, die ein Individuum in die Gesellschaft durch ihre Werte und Normen einbindet (vgl. weitere Ausführungen zu den Beziehungsinhalten "soziale Unterstützung" und "soziale Kontrolle"). House et al. (1988, S. 302ff) verstehen unter sozialer Integration resp. Isolation die Existenz oder Quantität von sozialen Beziehungen. Der Grad der sozialen Integration wird über die Anzahl der aktiven Beziehungen definiert, die jemand mit anderen Leuten hat oder die Häufigkeit von Interaktionen mit diesen Personen.

In der Tradition des symbolischen Interaktionismus hat sich eine andere Operationalisierung von sozialer Integration fruchtbar gezeigt, nämlich indem das Vorhandensein von zentralen sozialen Rollen betrachtet wird. Eine soziale Rolle ist zentral, wenn sie die Lebenssituation eines Individuums massgeblich beeinflusst und entsprechende Aufgaben, Pflichten und Rechte mit sich bringt (Meyer 2000, S. 28ff).

---

<sup>6</sup> Theoretische Zugänge, die zu mehr als einer der drei Dimensionen etwas aussagen, werden entsprechend auch mehrmals erwähnt.

Sinngebung durch Rollen ist auf verschiedene Arten konzeptualisiert worden (Berkman, Glass et al. 2000). Einerseits die rollenspezifische, identitätsstiftende Art von Sinnvermittlung: Die aus der Identifikation mit Rollen resultierenden "Role identities" geben Verhaltenserwartungen, Sinn und Leitung für das Leben (Thoits 1983; Thoits 1983; Thoits 1986). Multiple Identitäten, d.h. eine grosse Anzahl übernommener Rollen lassen das Leben als sinnvoll und sicher erleben und die subjektiv empfundene Anomie sinkt. Hierbei besteht eine Hierarchie innerhalb der Identitäten, die die Individuen aus ihren verschiedenen Rollen ableiten. Somit hat eine individuell hoch bewertete Rolle für die Identitätsfindung eine grössere Bedeutung als eine unbedeutende. Entsprechend hat die Gefährdung einer wichtigen Rolle durch ein Stressereignis gravierendere Auswirkungen als bei einer unbedeutenden Rolle (Thoits 1991).

Andere Auffassungen über die Sinngebung durch Rollen gehen davon aus, dass Rollen bei den Individuen ein Bewusstsein wecken, dass das Leben adäquate Herausforderungen und Belohnungen bietet und deshalb lebenswert sei (Antonovsky 1979; Burton 1998). Insofern haben Rollen eine globale integrative Art von Sinnvermittlung. Neben diesen sinnstiftenden Anteilen können soziale Rollen auch Belastungen mit sich bringen, auf die unten im Abschnitt zu den Funktionen von sozialen Beziehungen eingegangen wird. Wird das Innehaben von zentralen Rollen als Indikator für die soziale Integration beigezogen, stellt sich die Frage nach der Auswahl derselben. Letztlich bestimmen die individuellen Werte, ob eine Rolle für eine Person zentral ist oder nicht, doch lässt sich eine Auswahl auch mit den Lebensbedingungen der Studienpopulation begründen. Eine soziale Rolle ist zentral, wenn sie die Lebenssituation eines Individuums massgeblich beeinflusst und entsprechende Aufgaben, Pflichten und Rechte mit sich bringt (Meyer 2000, S. 28ff). Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Drogenkonsumierenden und homosexuellen Männern mit einer chronischen Erkrankung. Aus diesen Vorgaben lassen sich als zentrale Rollen die Partner- und Berufsrolle bestimmen, deren Integrationsfunktion nachstehend diskutiert werden soll.

In der Forschungsliteratur wird übereinstimmend festgehalten, dass eine enge, vertrauensvolle Beziehung ausreicht, um sich (ausreichend) integriert zu fühlen (Leppin und Schwarzer 1997, S. 352). Hierbei handelt es sich meistens um eine Partnerschaft, was in normativen Vorgaben begründet ist.

Die allgemeine Funktion der Erwerbstätigkeit wird meist unter dem Aspekt der Belastungen diskutiert (Elkeles 2001) – die integrative Funktion im Besonderen wird meistens indirekt über die Forschungen zu den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit thematisiert (Jungbauer-Gans 2002, S. 88ff). Es ist zwar richtig, dass ein Individuum beim Verlust der Arbeit von Belastungen entbunden wird, es gehen aber auch gesundheitsfördernde Potenziale und Ressourcen verloren. Neben der offensichtlichsten Einschränkung durch das tiefere Einkommen ist für uns hier von Interesse, dass durch den Verlust einer Arbeit die Gefahr sozialer Isolation besteht. Kontakte zu ehemaligen Kolleg/innen werden oft abgebrochen (Bartley 1994; Strehmel und Degenhardt 1987; Thoits 1996, S. 65), was zu einem Verlust von sozialen Ressourcen führen kann. Denn Arbeitskolleg/innen können eine wichtige Quelle für soziale Unterstützung sein (Olsen, Iversen et al. 1991; Semmer und Udris 1995; Udris 1987). Der Verlust der Berufsrolle kann

sich bis auf die Geschwindigkeit des Laufgangs auswirken, was eindrücklich mit der Marienthalstudie demonstriert wurde (Jahoda, Lazarsfeld et al. 1933). Für die integrative Funktion der Berufsrolle ist festzuhalten, dass sie einerseits Sinn, Status und Struktur im Leben bietet, aber auch soziale und finanzielle Ressourcen schafft.

### 2.2.3 Struktur des sozialen Netzwerks

Die Netzwerkstruktur bezieht sich auf formelle Merkmale des sozialen Netzwerks einer Person, die den Zugang zu Ressourcen beeinflussen. Diese Eigenschaften können sich entweder auf eine Dyade (also zwischen der Fokuspersion und einer anderen Person) oder auf Netzwerkvariablen (d.h. zwischen der Fokuspersion und zwei oder mehr anderen Personen) beziehen (House, Umberson et al. 1988). Die Netzwerktheorie hat eine Reihe von Konzepten herausgearbeitet, die die Struktureigenschaften sozialer Beziehungen beschreiben, auf die nachstehend eingegangen wird. Für die vorliegende Fragestellung sind folgende Charakteristika von Interesse: auf der Ebene der dyadischen Beziehung werden emotionale Nähe und Reziprozität, auf derjenigen des sozialen Netzwerks Zusammensetzung und Homogenität thematisiert.

*Emotionale Nähe:* Bezüglich der erhaltenen Unterstützungsleistungen ist weniger die Anzahl von sozialen Beziehungen per se bedeutsam als die emotionale Nähe in den Beziehungen. Je intimer eine Beziehung ist, desto mehr Unterstützung resultiert daraus. Dies ist vor dem Hintergrund gesellschaftlich normierter Vorstellungen plausibel: Von Personen aus dem primären Netz (wie Partner, Eltern etc.) wird erwartet, dass sie ein bestimmtes Ausmass an sozialer Unterstützung leisten müssen. Badura (Badura 1981; 1981) unterscheidet in seiner Beziehungstaxonomie verschiedene Typen sozialer Beziehungen:

- **Confidantbeziehungen:** Vertrauensbeziehung zu einer Person, mit der auch persönliche Probleme besprochen und deren Hilfe jederzeit in Anspruch genommen werden kann. Häufig handelt es sich hier um die engsten Familienangehörigen oder Partnerin/Partner.
- **Enge Beziehungen:** Beziehungen mit grosser Interaktionshäufigkeit und/oder grosser gegenseitiger Wertschätzung. Meist langdauernde Beziehungen, im Bedarfsfall wird auch mit grösserem Einsatz verbundene Unterstützung geleistet. Unter diese Kategorie fallen Familienmitglieder, Freundinnen/Freunden, Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen, zu denen auch informell Beziehungen bestehen.
- **Eher oberflächliche Bekanntschaften:** Hier besteht nur ein geringes Mass an gegenseitiger Verpflichtung, Hilfe wird geleistet und erwartet, wenn sie ohne grossen Aufwand leistbar ist oder wenn sie kompensiert wird.
- **Keine informellen Beziehungen (d.h. soziale Isolation):** Im Grenzfall sozialer Marginalität oder völliger sozialer Isolation bestehen entweder keinerlei Beziehungen oder lediglich formelle Beziehungen helfenden bzw. kontrollierenden Charakters im Rahmen des Versorgungssystems.

Möglichst enge Beziehungen sind jedoch gemäss Granovetter (1973; 1982) nicht ausschliesslich von Vorteil. In seiner Auseinandersetzung mit dem Wert von verschiedenen Beziehungen für das Einholen von Informationen stellte er fest, dass "Weak ties" – also weniger enge Beziehungen – diesbezüglich wertvoll sind. Im Gegensatz zu engen Beziehungen können sie eine Person mit Informationen versorgen, die neu und andersweitig nicht zugänglich wären. Eine Person in einem engen Netzwerk erhält Informationen, die redundant sind, weil sie von ähnlichen anderen kommen. Sie sind auch gut zugänglich für die anderen innerhalb des engen Netzwerks. Enge und relativ geschlossene Netzwerke können emotionale Bedürfnisse decken, informativen Bedürfnissen stehen sie eher im Wege. Somit sind weniger die Anzahl von Beziehungen von Bedeutung als ihre Verschiedenartigkeit (Cohen, Gottlieb et al. 2000, S. 11).

*Reziprozität:* Soziale Beziehungen sind sozialen Regeln unterworfen, davon ist die wichtigste die Reziprozitätsnorm, deren Bedeutung von Gouldner (1960) herausgestellt wurde. Er definiert sie als Gleichzeitigkeit von Rechten und Pflichten einer Person gegenüber einer anderen. Leistet A etwas für B, so erwirbt A einen Anspruch auf Gegenleistung von B. Gleichzeitig erlangt B die Verpflichtung, später eine Gegenleistung zu bringen (Antonucci und Jackson 1990; Coleman 1990, S. 304ff; Gouldner 1960, S. 167ff). Durch die Möglichkeit, sich das Wohlbefinden eines anderen mit einer Vorleistung zu sichern, dient die Reziprozitätsnorm nicht nur als Stabilisierungsmoment, sondern auch als Startmechanismus für soziale Beziehungen (Gouldner 1960, S. 167). Je nach Art einer Beziehung ist eher unmittelbare, aufgeschobene oder generalisierte Reziprozität wirksam (Diewald 1991, S. 117–124). Wenig verbindliche und kurzzeitige Beziehungen sind eher durch unmittelbare Reziprozität gekennzeichnet. Sie beinhaltet eine äquivalente Erwidern auf eine Unterstützungsleistung innerhalb einer eng begrenzten Zeit. Voraussetzung ist, dass beide Parteien über die für den Austausch benötigten Ressourcen verfügen, und sie ist kein Mittel, um vorübergehende Notsituationen zu bewältigen. Demgegenüber ist aufgeschobene Reziprozität durch einen längeren Zeithorizont gekennzeichnet, wobei die bisherige Interaktionsgeschichte berücksichtigt wird. Sie dient zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung und erfordert die Überzeugung, dass die Beziehung noch eine Zeitlang andauern wird. Zu unterscheiden von der unmittelbaren und aufgeschobenen Reziprozität ist die generalisierte Reziprozität, die sich durch eine Asymmetrie zwischen gebender und empfangender Person kennzeichnet. Unter bestimmten Bedingungen wird Personen (z.B. Kindern oder Schwerkranken) Hilfe geleistet, obwohl sie noch nicht, nicht mehr bzw. nie über die notwendigen Ressourcen verfügen, die Hilfe zu retournieren. Dieser Austausch findet in einem grösseren Rahmen statt und basiert auf a) der Überzeugung aller, dass sich das Geben und Nehmen im Leben insgesamt ausgleicht, b) der moralischen Norm zur Bereitstellung von Unterstützung, c) der Erfahrung, dass die generalisierte Reziprozität notwendig und zuverlässig ist. Die Voraussetzungen für das Funktionieren dieses Systems beinhalten die Fähigkeit zur Empathie, dass die Beteiligten sich in vergleichbaren Lebenslagen befinden, und dass auftretende Notlagen nicht einer individuellen Verantwortlichkeit zugeschrieben werden. Solche Asymmetrien werden umso eher toleriert, je enger die Beziehung zwischen den Beteiligten ist.



Als wichtiger Aspekt der *Zusammensetzung* des sozialen Netzwerks ist der Anteil an Verwandten und v.a. an Frauen zu sehen. Verwandte sind oft als "stille Reserve" vorhanden, auf die bei eingeschränkten Möglichkeiten der Kontaktpflege mit anderen (z.B. bei schlechtem Gesundheitszustand) zurückgegriffen wird. Der Frauenanteil im Netzwerk lässt vermuten, dass ein höheres Ausmass an Unterstützung zugänglich ist. Denn Frauen leisten und erhalten im Allgemeinen mehr Unterstützung<sup>7</sup> (Belle 1982; Catalan, Beevor et al. 1996; DeMarco, Miller et al. 1998; Mayr-Leffel 1991; Suter, Iglesias et al. 2004; Thoits 1996, S. 59ff; Vingerhoets und Van Heck 1990).

*Homogenität:* Die Netzwerkforschung hat eine Tendenz zur Homophilie festgestellt, die bewirkt, dass sich Personen mit ähnlichen Merkmalen häufiger zusammenschliessen. Eine der zentralen Annahmen der Netzwerkanalyse ist, dass enge Beziehungen häufiger unter Personen mit ähnlichen Merkmalen zu finden sind. Wie wir jedoch oben bereits festgestellt haben, lassen sich auch Argumente finden, wo weniger enge Beziehungen vorteilhaft sind und dementsprechend ein heterogenes Netz seine Vorzüge hat. Das Ausmass an Heterogenität unterscheidet sich auch zu einem gewissen Mass nach betrachtetem Merkmal, z.B. Anteil an Frauen, an Verwandten. Für uns von Bedeutung ist der Effekt der Schichtzugehörigkeit eines Individuums für die Zusammensetzung seines Netzwerks. Der Zugang zu den Ressourcen von sozialen Netzwerken ist nicht über verschiedene Schichten hinweg möglich, da sich insbesondere die oberen sozialen Schichten von Angehörigen unterer Schichten eher abschotten (Röhrle 1994, S. 198). Da Austauschprozesse in informellen Netzwerken jedoch nur Ressourcen einbringen können, auf die die Mitglieder Zugriff haben, lässt sich folgern, dass in sozial benachteiligten sozialen Schichten allenfalls eine gerechtere Verteilung des Mangels möglich ist (Keupp 1987, S. 43f). Für die Schweiz haben (Levy, Joye et al. 1998, S. 43) festgestellt, dass sich Partner/innen zu einem erheblichen Teil aus ähnlichen Bildungskreisen rekrutieren, so dass von einer recht ausgeprägten Homogamie<sup>8</sup> die Rede ist, wobei der Mann sehr viel häufiger einen höheren Abschluss als seine Partnerin hat. Die Homosozialität – sozioökonomische Nähe unter Freundinnen und Freunden – ist noch ausgeprägter.

---

<sup>7</sup> Sie sind aber – und dies ist die Kehrseite der Medaille – oft auch mit mehr aus sozialen Beziehungen resultierenden Belastungen konfrontiert.

<sup>8</sup> Die Homogamie beschreibt die Nähe oder Distanz – besonders die sozioökonomische – zwischen PartnerInnen und Partnern.



## 2.2.4 Funktionen von sozialen Beziehungen

In diesem Kapitel gelangt der funktionale Inhalt von sozialen Beziehungen in den Fokus. Hierbei werden drei Funktionen unterschieden: (i) soziale Unterstützung, die sich auf die positive Qualität von sozialen Beziehungen bezieht (ii) Anforderungen und Konflikte, die die belastenden Aspekte von sozialen Beziehungen beinhalten; (iii) soziale Regulation oder Kontrolle, welche die regulierende Qualität von sozialen Beziehungen beschreibt. Sie werden nachstehend kurz erklärt.

### 2.2.4.1 Soziale Unterstützung

Als die wohl bisher am häufigsten untersuchte Funktion von sozialen Beziehungen ist die soziale Unterstützung zu nennen. Hierunter werden die Ressourcenanteile der sozialen Integration und der sozialen Netzwerkstruktur verstanden. House et al. (1988, S. 302) fassen soziale Unterstützung als die positiven, potenziell gesundheitsförderlichen oder stressmindernden Aspekte von sozialen Beziehungen auf, wie materielle Hilfeleistung, emotionale Anteilnahme oder Informationen. Wie die Diskussion zur sozialen Integration bereits gezeigt hat, können durch eine Beziehung auch Zuneigung, Anerkennung, Identität und Zugehörigkeit vermittelt werden. Soziale Unterstützung wird häufig als mehrdimensionales Konstrukt operationalisiert. House (1981) unterscheidet vier Dimensionen: (1) emotionaler Rückhalt in Form von Vertrauen, Wertschätzung, Interesse und Zuneigung; (2) soziale Anerkennung und Bestätigung; (3) Informationen, Ratschläge und Handlungsanweisungen und (4) instrumentelle Hilfe, die sich in Mitarbeit, Pflege, finanzieller Unterstützung oder auch in Zeit, die man für jemanden da ist, ausdrücken kann. Diese Arten haben zum einen verschiedene Funktionen (Wills und Shinar 2000, S. 89), zum anderen variieren sie in qualitativer Hinsicht: Im Vergleich zu den anderen Arten der Unterstützung wird die emotionale Unterstützung als wünschenswerter, leichter erhältlich, häufiger in Anspruch genommen und als nützlicher wenn beansprucht, eingestuft (Schwarzer, Dunkel-Schetter et al. 1994; Schwarzer und Leppin 1992).

Die verschiedenen Unterstützungsarten korrelieren meistens hoch untereinander und können zusammengefasst werden als wahrgenommene oder erhaltene soziale Unterstützung (Leppin und Schwarzer 1997, S. 350; Pfingstmann und Baumann 1987). Die Unterscheidung zwischen wahrgenommener resp. erhaltener Unterstützung ist zentral, da die Beiden nur geringfügig miteinander korrelieren. Der Erhalt von Unterstützung kann den Umweltvariablen zugerechnet werden, d.h. die Ressource besteht ausserhalb und unabhängig von der Fokuspersion selbst. Bei der subjektiven Wahrnehmung ist dies jedoch weniger eindeutig. Stellt sie eine Reflexion vorhergehender Erfahrungen mit Anerkennung, Zuwendung oder Hilfe durch die Umwelt dar, ist sie auch als kognitives Konzept eher umweltbezogen. Repräsentiert sie jedoch ein stabiles, generalisiertes Gefühl der Akzeptanz durch andere, kommt sie einer dispositionellen Variable näher als einer Interaktion zwischen Personen (Leppin und

Schwarzer 1997, S. 350). Es werden verschiedene Gründe für den schwachen Zusammenhang zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung diskutiert (Leppin und Schwarzer 1997, S. 351): i) schlechtes Erinnerungsvermögen der Befragten oder die Hilfe wurde nicht als Unterstützung aufgefasst; ii) ein Auseinanderklaffen von Erwartungen und tatsächlichem Angebot, was in einem optimistischen Fehlschluss von noch unbelasteten Menschen begründet sein kann. Gleichzeitig ist es auch möglich, dass überraschend viel Unterstützung geleistet wird, die nicht erwartet wurde; iii) potenzielle Helfer/innen werden dann eher nicht aktiv, wenn sie sich selbst von der stressreichen Situation bedroht fühlen, nicht wissen, wie unterstützt werden kann oder wenn sie das Opfer für sein Schicksal selbst verantwortlich machen; iv) Unterstützungsprozesse, können sich über einen langen Zeitraum hinweg verändern (Last der Fürsorge). Grundsätzlich werden der wahrgenommenen Unterstützung mehr positive Effekte für die psychische Gesundheit (Lebensqualität, Wohlbefinden) zugeschrieben, als der tatsächlich erhaltenen, die das Gefühl von Abhängigkeit vermitteln kann (weitere Ausführungen hierzu folgen im Abschnitt zu den Belastungen von sozialen Beziehungen).

Soziale Unterstützung kann von formellen und informellen Quellen geleistet werden. Formelle Quellen sind mehr oder weniger formalisierte Angebote, die für eine noch nicht individuell identifizierte Person zur Verfügung stehen, also alle helfenden Institutionen wie Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen. Informelle Quellen bieten im Rahmen des Alltagshandelns unter Mitgliedern eines sozialen Netzwerks (spontan) Unterstützung. Organisierte Hilfe hat eine subsidiäre Funktion, indem sie erst dann beansprucht wird, wenn die informelle Unterstützung nicht mehr ausreicht (Meyer-Fehr und Suter 1992). Das formelle Netzwerk kann verstanden werden als die Sozialpolitik, die Menschen vor dem Absturz in existentielle Notlagen bewahrt (Keupp 1987). Auf der Suche nach Entlastungsstrategien von formellen Quellen, werden informelle Hilfsnetze des Alltags aktuell (Keupp 1987; Kupek, Dooley et al. 1999). Dies obwohl Studien auch gezeigt haben, dass die Förderung informeller Unterstützungsnetzwerke nicht notwendigerweise Kosten sparend ist (Tamarin, Campostrini et al. 1997).

#### 2.2.4.2 *Belastungen*

Als zweite Funktion von sozialen Beziehungen werden die Belastungen diskutiert, welche sich auf die negative Qualität von sozialen Beziehungen bezieht. Auswirkungen von sozialen Konflikten sind eindeutig als negativ für die Gesundheit zu werten. Vermutlich werden v.a. solche Beziehungen als belastend erlebt, die auf Grund institutioneller Regelungen oder existentieller Notwendigkeit nicht der Wahlfreiheit unterliegen. Je eher sich Personen aus traditionell vorgegebenen Bindungen lösen können, desto seltener werden sie soziale Beziehungen als belastend erleben (House, Umberson et al. 1988, S. 302).

Rollen können integrativ wirken, doch können sie nur dann erfolgreich eingenommen werden und positive Funktionen entwickeln, wenn sie entsprechende Anerkennung vom Umfeld erlangen. Können gewünschte soziale Identitäten jedoch nicht erlangt werden, weil z.B. die soziale Umwelt die Anerkennung dieser Rolle

versagt oder eine entsprechende erwünschte Rolle nicht eingenommen werden kann (z.B. Partnerrolle), birgt dies Gefahren für die mentale Gesundheit und ist als Belastung aufzufassen. Thoits (1991) geht weiter davon aus, dass es eine Hierarchie von Identitäten gibt, die die Individuen aus ihren verschiedenen Rollen ableiten. Wenn eine vom Individuum hoch bewertete Identität durch ein Stressereignis gefährdet ist, dann hat das gravierendere Auswirkungen als bei einer unbedeutenden Rolle.

Spezifische Konstellationen der zentralen sozialen Rollen können oft alltägliche Stressbelastungen hervorrufen: (1) Rollenüberlastung, die durch zu hohe Anforderungen der verschiedenen Rollen entsteht; (2) interpersonale Konflikte innerhalb eines Rollensets, die sich typischerweise zwischen Inhaber/innen komplementärer Rollen entwickeln (Ehefrau–Ehemann, Vorgesetzte–Mitarbeiterin, Eltern–Kind; (3) Interrollenkonflikte hervorgerufen durch widersprechende Anforderungen von verschiedenen Rollen; (4) "Gefangenschaft" in einer Rolle, die man nicht ablegen kann (z.B. Hausfrauen, die lieber erwerbstätig wären); (5) Umstrukturierung von Rollen, die neue Verhaltensanforderungen mit sich bringen (z.B. Rollenverlust) (Pearlin 1989).

Schliesslich kann der Erhalt von sozialer Unterstützung belastend werden, weil die Reziprozitätsnorm, die die Verpflichtung zur Gegenleistung beinhaltet, nicht erfüllt werden kann. Durch die Hilfeleistung kann ein Gefühl von Hilflosigkeit, Bedürftigkeit oder Abhängigkeit entstehen (Cohen und Syme 1985; Friedland, Renwick et al. 1996) und die Entgegennahme von Unterstützung kann das Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit schwächen. Diese Belastung kann durch einen Widerspruch zwischen dem Wunsch einer Person als krank anerkannt zu sein und dem gleichzeitigen Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Autonomie entstehen. Eine kranke Person hat zwar das Bedürfnis nach Rücksichtnahme, wenn sie nicht mehr so leistungsfähig ist und mit ihren Kräften haushalten muss, gleichwohl möchte sie ihre Unabhängigkeit bewahren. Überprotektivität als Extremfall von sozialer Unterstützung ist als nicht hilfreich beurteilt worden (Pakenham 1998).

#### 2.2.4.3 Soziale Kontrolle

Schliesslich wird als dritte Funktion von sozialen Beziehungen diejenige der sozialen Regulation diskutiert. Im Gegensatz zur sozialen Unterstützung – die gegeben wird und zusätzliche Handlungsmöglichkeiten ermöglichen kann – betont die Dimension der sozialen Kontrolle die Einschränkung individueller Verhaltensweisen. Diese kann sowohl gesundheitsförderlich wie auch schädigend sein, je nachdem welche Verhaltensweisen kontrolliert werden (House, Umberson et al. 1988, S. 302).

Durkheim (1897) ging davon aus, dass soziale Beziehungen wie Ehe oder Elternschaft gesundheitsförderlich wirken, weil sie individuelles Verhalten regulieren. Denn soziale Beziehungen sind sinnstiftend und erhöhen dadurch die Verpflichtung und Motivation von Individuen, eine gesündere Lebensweise zu pflegen. Hierbei kann soziale Kontrolle sowohl indirekt wie auch direkt auf die Verhaltensweisen wirken:

- Direkte soziale Kontrolle beinhaltet, dass andere direkt gesundheitsförderliches Verhalten auferlegen oder vereinfachen (z.B. Diät). Oder schädigendes resp. abweichendes Verhalten sanktionieren.
- Indirekt wird sie durch selbst auferlegte Konformität mit sozialen Normen wirksam. Indirekt regulativ mit positiven Auswirkungen ist z.B. das Gefühl der Verantwortlichkeit für andere (Umberson 1987). Ein negatives Beispiel können soziale Normen der Peer-Group bei Jugendlichen sein, z.B. wenn sie rauchen, um Gleichaltrigen zu imponieren oder sich von den Eltern abzugrenzen (Lopez und Fuchs 1990).

### 2.2.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die theoretische Diskussion zu Struktur und Inhalten von sozialen Beziehungen aufgearbeitet. Auf Grund einer Klärung der Konzepte der Netzwerktheorie, des Sozialkapitals resp. der sozialen Beziehungen, wurde der Begriff der sozialen Beziehungen für die vorliegende Arbeit gewählt. Dieser Überbegriff wird z.B. von House et al. (1988) benutzt und umschreibt die drei Konzepte soziale Integration, Netzwerkstruktur und Beziehungsinhalte. Im Zusammenhang mit der Stressverarbeitung werden v.a. die Ressourcenanteile von sozialen Beziehungen, also soziale Unterstützung, als wichtige salutogenetische Faktoren betont. Das Konzept der sozialen Beziehungen weist aber neben den positiven Funktionen von sozialen Beziehungen auch auf die negativen Beziehungsinhalte der Konflikte und gegebenenfalls Kontrolle hin. Diese werden in der weiteren Diskussion zu berücksichtigen sein. Wie die sozialen Beziehungen genau im Stressprozess wirken können, wird in 2.4 dargestellt. Vorerst befassen wir uns mit dem Konzept der Schichtzugehörigkeit.

## 2.3 Schichtzugehörigkeit und die Ungleichheitsforschung

In den eingangs vorgestellten Stressmodellen wurden Ressourcen als zentrales Element im Stressprozess herausgearbeitet. Sie können im Umgang mit einem Ereignis hilfreich sein und entweder die Entstehung von Stress verhindern oder die Effekte von Stress vermindern. Werden sie aber selber bedroht, können sie selber zur Quelle von Stress werden. Der obige Abschnitt hat sich mit den sozialen Ressourcen beschäftigt, jetzt gelangen die finanziellen und kognitiven Ressourcen ins Zentrum des Interesses. Wie wir schon im Zusammenhang mit den sozialen Ressourcen diskutiert haben, beinhalten die sozialen Beziehungen als Ressourcen, neben dem salutogenetischen Faktor der sozialen Unterstützung, auch die Funktionen der Belastungen und der sozialen Kontrolle. In ähnlicher Weise sind auch die finanziellen und kognitiven Ressourcen als Teil des Schichtkonzepts aufzufassen. Die Schichtzugehörigkeit beinhaltet neben den Ressourcen auch Belastungen sowie sozialen Status und kann zu variierenden Werten führen. Bevor unten stehend detailliert auf das Konzept der Schichtzugehörigkeit eingegangen wird, folgt eine Zusammenfassung des theoretischen Diskurses zur sozialen Ungleichheit, da hier kontrovers über die Angemessenheit des Konzepts Schicht diskutiert wird. Dieser Diskussion wird sich in einem forschungshistorischen Abriss genähert. Ausgangspunkte der Darstellung bilden die beiden Schulen der (konflikttheoretischen) Klassenansätze und der (funktionalistischen) Schichtansätze, denen eine vertikale Vorstellung der Sozialstruktur zu Grunde liegt. Mit der theoretischen Diskussion der Individualisierung, die besagt, dass durch die Pluralisierung von Lebenslagen und Lebenswegen neue Ungleichheiten geschaffen worden sind, kam Zweifel an der Angemessenheit dieser Modelle auf. Das Soziallagen- und das Milieu-Lebensstil-Paradigma entwickelten sich. Es wird sich zeigen, dass sich die aktuelle Diskussion, die neue horizontale Dimensionen der sozialen Ungleichheit (z.B. Geschlechtszugehörigkeit) thematisiert, als ein unübersichtliches Feld präsentiert. Es wird die Frage zu beantworten sein, wie sich die Verwendung des Schichtungskonzepts theoretisch und empirisch begründen lässt (vgl. 2.3.1). Der sich anschliessende Abschnitt setzt sich detaillierter mit den mit der Schichtzugehörigkeit einher gehenden Faktoren von Status, Ressourcen und Belastungen auseinander (vgl. 2.3.2). Schliesslich wird noch auf die zu berücksichtigenden horizontalen Ungleichheiten eingegangen, die im Zusammenhang mit HIV von Bedeutung sind.

### 2.3.1 Die soziologische Ungleichheitsdiskussion

Geissler und Meyer (2002, S. 142) unterscheiden drei Ansätze zur Analyse der Sozialstruktur und fasst ihre Erkenntnisinteressen folgendermassen zusammen:

"Das Schicht-Klassen-Paradigma untersucht die vertikalen Ungleichheiten der Lebenschancen mit einem deutlichen sozialkritischen Akzent. Das Soziallagen-Paradigma beachtet neben den vertikalen insbesondere auch die "horizontalen" Ungleichheiten und sucht nach typischen Merkmalkonstellationen für vorteilhafte und nachteilige Lebensbedingungen. Im Zentrum des Milieu-Lebensstil-Paradigmas steht die kulturelle Vielfalt, die Vielfalt der Lebensauffassungen und Lebensweisen."

Entsprechend wird sich die folgende Darstellung gliedern. Im Rahmen dieser Zusammenfassung werden die Theorien nicht in allen Details beschrieben und in ihrer Bedeutung angemessen gewürdigt werden können. Ziel der Darstellung ist es, die zentralen Entwicklungen und Diskussionspunkte aufzuzeigen. Für eine differenziertere Darstellung und Diskussion der einzelnen Ansätze sei auf das Überblickswerk von Müller und Schmid (2003) verwiesen.

#### 2.3.1.1 Klassen- und Schichtansätze

Als Ausgangspunkt der Darstellung lohnt es sich, grob zwei Schulen zu unterscheiden: die (konflikttheoretischen) Klassenansätze und die (funktionalistischen) Schichtansätze.

Konflikttheoretische Klassenansätze: Wegweisend war die Vorstellung von der Klassengesellschaft in der Tradition des soziologischen Klassikers von Karl Marx und Friedrich Engels (1977), und lange Zeit galten die auf Marx aufbauenden Klassenansätze als Königsweg der Sozialstrukturanalyse. Konflikt- und klassentheoretische Ansätze weisen auf die Bedeutung von Machtprozessen und angestammten Privilegien hin, wenn es um die Verteilung von knappen Gütern geht. Marx sieht in der "bourgeoisen Produktionsmethode", die auf der Ausbeutung des Proletariats gründet, die Ursache des sozialen Elends und erkennt an, dass die Industrialisierung irreversible Veränderungen an der Gesellschaft gebracht hat. Seine Alternative liegt in der Abschaffung jeglichen Privateigentums an Produktionsmitteln. Am Ende steht die klassenlose Gesellschaft, in der es weder Unterdrücker/innen noch Unterdrückte gibt. In späteren Klassenansätzen (Goldthorpe und Payne 1980; Wright 1985) gewinnen Absprachen zwischen Interessengruppen, (berufs)ständischen Arrangements, sozialen Beziehungsnetzwerken, politischen Einflussnahmen von Gruppen, gegebenenfalls Einsatz von Gewaltmitteln, welche zur Besser- und Schlechterstellung von Personen und Gruppen und zur Aufrechterhaltung angestammter Privilegien führen, an Bedeutung. Die Höhe des Einkommens wird auf den Einfluss von politischen Konstellationen und Machtprozessen zurückgeführt. Max Weber (1976) sah die Gesellschaft als nach mehreren Aspekten stratifiziert an, nämlich nach Klasse, Status und politischer Macht. Diese Stratifikation führt zur ungleichen

Verteilung von ökonomischen Ressourcen und Kompetenzen. Weber erweitert die schlichte Zweiteilung in Bourgeoisie und Proletariat von Marx indem er v.a. die Rolle der "Qualifikation", also von Bildung und Ausbildung, für die Differenzierung der Arbeitnehmerschaft hervorhebt.

Funktionalistische Schichtansätze: Die Schichtungsforschung der 1960er-Jahre versuchte das Klassenparadigma zu verdrängen, was nur teilweise gelang. Im Gegensatz zu den Klassenansätzen sieht die funktionalistische Tradition die Schichtung der Gesellschaft als natürliche und notwendige Eigenschaft von komplexen modernen Gesellschaften. Sie baut auf Webers Tradition und weniger auf Marx auf und geht von einem multidimensionalen Schichtungsmodell aus, in dem eine enge Beziehung zwischen vorgängigen Bildungsinvestitionen, beruflicher Position, Leistungen im Erwerbsleben und Einkommen besteht (Davis und Moore 1945; Parsons 1953). Je nach Schulerfolg kann ein entsprechender Beruf ergriffen werden, wobei "wichtigere" oder anspruchsvollere Positionen ein höheres Ansehen (Prestige) und ein höheres Einkommen einbringen. Soziale Ungleichheit wird über die drei konstitutiven Statusmerkmale (Statuskriterien) Bildungsniveau, Einkommensniveau sowie berufliche Stellung (des Familienvorstandes) erfasst. Man spricht hier von der meritokratischen Triade. Es wird davon ausgegangen, dass der soziale Status einer Person auf den unterschiedlichen Ungleichheitsdimensionen – typischerweise Bildung, Beruf, Einkommen – stets in etwa gleich hoch bzw. niedrig ausfällt (Statuskonsistenz). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Klassen- wie Schichtungsmodelle eine ähnliche Sichtweise von Gesellschaft haben, d.h. ein in erster Linie vertikales Modell der Sozialstruktur; deshalb werden Klassen- und Schichtansätze heute meist in einem Atemzug genannt.

### 2.3.1.2 *Soziallagenansätze*

Im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung kamen jedoch Zweifel an der rein vertikalen und stark auf den Erwerbssektor fixierten Perspektive auf (Geissler und Meyer 2002, S. 122; Ritsert 1998, S. 104ff). Auf Grund von Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozessen wie auch Expansionsprozessen, die zu einem Wohlstandsanstieg, einer Bildungsexpansion sowie einem Ausbau des Sozialstaats führten, hat sich die Gesellschaft verändert (Beck 1983; Beck 1986), so dass sie nicht mehr adäquat durch die herkömmlichen Modelle repräsentiert werden kann. Neue Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Dimensionen werden jetzt vorstellbar und andere Machtverhältnisse werden diskutiert. So thematisierte Lenski (1977) die so genannte "Statusinkonsistenz" und weist darauf hin, dass z.B. hohe Bildung nicht notwendigerweise mit hohem Einkommen einhergehen muss. Kreckel (1983) ersetzt das vertikale Bild der Sozialstruktur durch die Metapher "Zentrum und Peripherie". Das Modell geht davon aus, dass Statusgruppen nicht klar auf einer Dimension anzusiedeln sind, sondern dass ein Zentrum und verschiedene Peripherien existieren. Die Kerngruppe, die sich im Zentrum befindet, ist im gesellschaftlichen Leben voll integriert. Sie ist erwerbstätig und erzielt am Markt ein Einkommen. Demgegenüber ist der Status-Satz der Mitglieder in den Peripherien unvollständig, weil sie entweder in

Ausbildung, ohne Arbeit, in Pension oder abhängig vom Zentrum (z.B. als nicht erwerbstätige Familienfrauen) sind. Die materielle Lebensgrundlage der Personen, die sich in den Peripherien befinden, kommt aus einer Umverteilung der Mittel, die von der Kernstatusgruppe im Erwerbsleben erzielt werden. Das Zentrum-Peripherie-Modell basiert nicht nur auf der Erwerbstätigkeit, sondern enthält auch Aussagen über den Lebenslauf, die damit verbundenen Machtbeziehungen und Abhängigkeiten etwa von Partner/innen, Eltern oder staatlichen Leistungen. Mit der Lebenslaufperspektive wird ein dynamischer Aspekt in die Ungleichheitsforschung eingebracht. Auch die Theorie des Humankapitals (Becker 1964) weist auf die Bedeutung des Alters hin. Mit steigendem Alter geht eine Anhäufung von humankapitaltheoretischen Faktoren in Form von Wissen und Fähigkeiten einher. Ein höheres Ausmass an Humankapital führt zu einem höheren Ausmass an Erträgen. Aneignung von Wissen und Fähigkeiten bedeuten jedoch auch Investitionen in Bildung und Ausbildung. Neben der Bedeutung des Alters hat die Frauenbewegung massgeblich dazu beigetragen, dass gender und die damit einhergehenden Machtverhältnisse zu einer der wichtigsten Kategorien sozialer Ungleichheit geworden ist (Müller und Schmid 2003, S. 9).

#### 2.3.1.3 *Milieu- und Lebensstilansätze*

Diese Ansätze, die das vertikale Paradigma der Sozialstruktur kritisieren, führten zur Neu- bzw. Wiederentdeckung kaum beachteter Ungleichheitsphänomene<sup>9</sup>. Zusammenfassend können diese Entwicklungen zu Beginn der 1980er-Jahre folgendermassen dargestellt werden: Es findet eine Kulturalisierung und Subjektivierung der Sozialstrukturforschung statt – an Stelle objektiver Bedingungen bei der Bestimmung der sozialen Einordnung treten subjektive Faktoren und kulturelle Momente in Form von Klassifikationsdiskursen und Distinktionskämpfen in den Vordergrund. Berufszentrierte Dimensionen sozialer Ungleichheit werden um neue Dimensionen erweitert und die Einordnung in soziale Gruppen geschieht durch die multidimensionale Kombination der herangezogenen Indikatoren, die schliesslich zu Bündeln ähnlicher sozialer Lagen zusammengefasst werden. Diese neuen Dimensionen liegen nicht selten quer zu den ökonomischen Dimensionen und beinhalten z.B. Geschlecht, Alter, Region, Nationalität, Geburtszeitraum, soziale Absicherung (Hradil 1983). Diese theoretischen Entwicklungen sind als die Milieu- und Lebensstilkonzepte bekannt und werden nachstehend umschrieben.

Das Konzept des Milieus beschäftigt sich im Kern mit der Prägung individuellen oder gruppenspezifischen Lebens, wobei die aktive Einflussnahme der Einzelnen und Gruppen auf die Umwelt nicht ausgeschlossen

---

<sup>9</sup> V.a. in Deutschland herrscht eine starke Tradition der Kulturforschung vor. Im restlichen Europa und in Nordamerika gehören Klasse und Schicht, trotz einzelner kritischer Stimmen, nach wie vor zu den bewährten soziologischen Grundbegriffen, die für die Analyse einer modernen Sozialstruktur als unverzichtbar gelten (Geissler und Meyer 2002; Zenger 2000).



wird. Der Milieubegriff bezieht sich stärker als der Lebensstilbegriff auf die allgemeinen sozialen, kulturellen und ökonomischen Lebensbedingungen, die, vermittelt über subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen, individuelles Denken und Handeln prägen. Milieus werden mit Mitteln der Typenbildung (z.B. Clusteranalysen) beschrieben und als erklärende Variablen tragfähig gemacht. Vester und Oertzen (et al. 1993) z.B. untersuchen, inwiefern sich soziale Milieus nach spezifischen politischen Einstellungsmustern und sozialen Umgangsformen ausmachen lassen. Der Milieubegriff bezieht sich gewöhnlich auf eine Gruppe von Personen. Diese Gruppen gleichen sich hinsichtlich eines bestimmten, gemeinsamen Merkmales wie ihres Lebensstiles, ihrer Weltsicht, ihrer Lebensziele oder ihrer Klassenlage (Schulze 1992; Zerger 2000).

Das Konzept der Lebensstile bezeichnet im Gegensatz zu den Milieuansätzen Individuen und/oder Gruppen eher als aktive Manager ihres Lebenslaufes (Georg 1998; Müller 1992). Lebensstile werden von ihren Träger/innen in biographischen Prozessen entwickelt und bilden einen Gesamtzusammenhang von Routinen und Handlungsmustern. Als der wohl bekannteste diesem Paradigma zuzuordnende Theoretiker ist Bourdieu mit seinem erweiterten Klassenansatz zu nennen (Bourdieu 1982). Bourdieu widmet sich der Analyse der kulturellen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse und deren Bedeutung für das Individuum. Im Individuum bildet sich unter dem Einfluss äusserer, objektiver Strukturen, also durch Sozialisationsprozesse, ein System von Dispositionen, unbewussten Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern heraus. Als weiteres wichtiges Konzept von Bourdieus Analyse ist dasjenige des Kapitals zu nennen. Bourdieu unterscheidet vier Hauptkategorien von Kapital: ökonomisches, kulturelles (legitimiertes Wissen verschiedener Arten), soziales (Beziehungen zu signifikanten Anderen, Netzwerk) und symbolisches Kapital (Prestige, soziale Ehre)<sup>10</sup>. Die verschiedenen Arten von Kapital können erworben, getauscht und in andere Kapitalformen verwandelt werden.

Oft werden unter "Lebensstilen" Gruppierungen von manifesten, nicht erzwungenen Verhaltensweisen mit einem hohen Grad an Selbstreflexivität und expressiver Symbolik verstanden (Spellerberg 1996; Spellerberg 1996). Lebensstile erfassen somit v.a. die subjektiv-individuelle Seite sozialen Handelns und sind nicht zwingend an die Existenz einer Gruppe gebunden (Zerger 2000). Gluchowski (1988) nimmt eine Klassifizierung nach Einstellungen bez. der Bedeutung der Lebensbereiche Beruf, Familie und Freizeit vor. In der gesundheitssoziologischen Forschung wird ebenfalls mit dem Begriff Lebensstil gearbeitet, wobei hier gesundheitsbezogene Wert- und Normvorstellungen im Mittelpunkt des Interesses stehen. Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit wird als ein Ausdruck bestehender sozialer und kultureller Differenzierungen, mithin sozialer Ungleichheiten gesehen (Abel 1991; Abel, Cockerham et al. 2000).

---

<sup>10</sup> Der Körper wird manchmal spezifisch als physisches Kapital angesprochen und zu anderen Zeitpunkten dem kulturellen Kapital zugeordnet (Williams 1995).

Mit dieser erweiterten Sichtweise von sozialer Ungleichheit und der Thematisierung von neuen Ungleichheiten gestaltet sich heute die theoretische Diskussion über soziale Ungleichheit als unübersichtliches Feld. Die Theorien der neuen sozialen Ungleichheiten werden v.a. wegen ihrer empirischen Ausrichtung und Theorielosigkeit kritisiert (zusammenfassend Hradil 1992, S. 45ff; Zerger 2000, S. 73).

#### *2.3.1.4 Die verschiedenen Paradigmen und ihre Zusammenhänge*

Zerger (2000, S. 11) spricht von einem Paradigmenstreit insbesondere zwischen den Schicht-/ Klassenmodellen und den Lebensstil-/Milieuansätzen, in dessen Mittelpunkt die Frage steht, welches Paradigma die gesellschaftliche Realität besser abbilden kann. Doch merkt er kritisch an, dass es kaum Versuche gibt, die Lebensstil- und Milieuforschung an die Schicht- resp. Klassenanalyse zurückzubinden. Die Frage über allfällige Bezüge wird dementsprechend auch unterschiedlich diskutiert. Bourdieu (1982), Spellerberg (1996) oder (Vester, Oertzen et al. 1993) nehmen einen mehr oder minder starken Zusammenhang an. Bourdieu geht davon aus, dass die Entfaltung eines bestimmten Lebensstiles in erster Linie von der Soziallage abhängig ist – primär vom Ausbildungsgrad, sekundär von der sozialen Herkunft. Auch in Milieu- und Lebensstilansätzen stellt der finanzielle Handlungsspielraum eine wichtige Kodeterminante der Milieuzugehörigkeit oder des gruppenspezifischen Lebensstils dar, denn das verfügbare Einkommen beeinflusst massgeblich Wahlmöglichkeiten und die Teilnahme am kulturellen und sozialen Leben (Siegrist und Geyer 2002). Gemäss Zerger (2000, S. 85) sind Alter und Bildung als zentrale "Milieu-Bausteine" aufzufassen. Insbesondere Bildung als klassische Schichtdimension bestimmt also massgeblich die Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu. Demgegenüber wird vor allem aus einer kulturalistisch-individualistischen Perspektive eine Entkoppelung von materieller Lage und Lebensstil angenommen und die "Autonomie" von Lebensstilen betont (z.B. Schulze 1992).

Geissler und Meyer (2002, S. 139) halten fest, dass auch in der differenzierter und pluraler gewordenen (deutschen) Sozialstruktur wichtige Lebenschancen und Risiken, bestimmte (nicht alle) Orientierungen, Verhaltensweisen und Interaktionen, weiterhin in erheblichem Masse mit traditionellen Schichtkriterien wie Bildungs- und Berufsstatus zusammenhängen. Zudem sind vertikale Ungleichheitsstrukturen dieser Art im Bewusstsein der Bevölkerung präsent. Er kommt sodann zum Schluss, dass nicht die Auflösung der Klassen und Schichten, sondern die Herausbildung einer dynamischeren, pluraleren und auch stärker latenten Schichtstruktur das Ergebnis des Modernisierungsprozesses ist.

Werfen wir einen Blick in die Empirie und fragen: Welchen Beitrag können empirische Studienergebnisse zur Lösung dieser Diskussion beitragen? Nach wie vor gibt es empirische Studien, die die Bedeutung der klassischen Schicht- resp. Klassenindikatoren bestätigen, so z.B. Untersuchungen zur gesundheitlichen Ungleichheit (z.B. Blane, Bartley et al. 1998; Jungbauer-Gans 2002; Mielck und Bloomfield 2001). Interessant ist bei Jungbauer-Gans (2002) der Befund, dass der Schichteffekt auf die Gesundheit sich im

Verlauf des Lebens verstärkt. In seinem Überblick über empirische Befunde weist Zerger (2000, S. 66f) auf Ergebnisse aus folgenden Bereichen hin: Wohlfahrtsforschung, Einfluss auf Lebenschancen, soziale Mobilität, Einstellungen, Wahlverhalten, die alle betonen, dass insbesondere die klassischen Schichtindikatoren ihre Bedeutung haben. Buchmann (1991) konnte für die Schweiz nachweisen, dass konventionelle Schichtindikatoren die Kernstruktur von sozialen Lagen ausmachen, resp. die Mobilitätschancen von Gesellschaftsmitgliedern prägen. (Stamm, Lamprecht et al. 2003, S. 80) finden in ihrer Studie zu den sozialen Ungleichheiten in der Schweiz Ende der 1990er-Jahre Belege, die für die Gültigkeit von Schichtmodellen sprechen, wobei die Schichten pluraler geworden sind (siehe auch Levy, Joye et al. 1998).

Zergers (2000, S. 242) Untersuchung zeigt sogar, dass die Erklärungskraft von Klassen und Milieus oftmals weit hinter derjenigen von soziodemografischen Einflussfaktoren wie z.B. Geschlecht, Familienstand, Erwerbsstatus, Alter (Geburtskohorte) liegt. Er plädiert dafür, dass eine Zusammenarbeit im Sinne einer stärkeren Verknüpfung von Theorie und Empirie anzustreben sei. Statt das Klassen-/Schichtprinzip abzuschaffen, sollte eine stärkere Verknüpfung von Klassen-/Schichtanalyse und Lebensstil-/Milieuforschung angestrebt werden.

Grundsätzlich hält Zerger (2000, S. 102ff) zum Stand der empirischen Befunde aus der Milieu- und Lebensstilforschung fest, dass bislang wenige repräsentative soziologische Untersuchungen vorliegen. Des Weiteren kommen in den Untersuchungen unterschiedlichste Typologien zum Zuge, die eine verschiedene Anzahl von Milieus bestimmen und inhaltlich entweder Lebensziele, Werte und Einstellungen oder expressives Verhalten und ästhetische Präferenzen in den Vordergrund stellen. In der Regel werden die Typologien per Korrespondenz- und/oder Clusteranalyse gefunden und die Befunde beschränken sich auf eine inhaltliche Beschreibung dieser rein statistischen Aggregate. Empirische Studien zur Bedeutung von Lebensstilen im Bereich der Gesundheit zeigen Folgendes: Jungbauer-Gans (2002) betrachtet in ihrer Untersuchung den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensstilen nach Spellerberg (1996). Gemäss ihren Analysen variiert Gesundheit nach Lebensstil, wobei im Dunkeln bleibt, auf welche Mechanismen die gefundenen Zusammenhänge zwischen Lebensstil und Gesundheit beruhen. Der Bezug von Lebensstil, operationalisiert als gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Einstellungen zu gesundheitlichen Outcomes, ist hingegen gut dokumentiert (Abel 1991; Niemann und Abel 2001).

### 2.3.1.5 *Fazit*

Die obigen Ausführungen zu den empirischen Ergebnissen warnen deutlich vor einer Vernachlässigung der klassischen Schicht- und Klassenindikatoren in der Diskussion um die soziale Ungleichheit. Insofern hat der Bezug des Schichtkonzepts für die vorliegende Arbeit seine Berechtigung. Die Ausführungen zeigen auch, dass horizontale Disparitäten ebenso berücksichtigt werden müssen. In der vorliegenden Arbeit wird dies geschehen, indem neben der Betrachtung der zentralen Fragestellung, nämlich der Bedeutung der Schichtzugehörigkeit für die Krankheitsverarbeitung, drei soziokulturelle Gruppen unterschieden werden. Es handelt sich hierbei um die Gruppen von homosexuellen Männern, Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen. Vorerst wird in den folgenden Ausführungen detaillierter auf die Schichtzugehörigkeit und ihre Bedeutung für unsere Fragestellung eingegangen.

## 2.3.2 **Das Schichtkonzept**

Um die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit im Stressprozess zu thematisieren, wird unterschieden, dass mit den Positionen auf den Schichtdimensionen das Ausmass an Status, Ressourcen und Belastungen variieren kann. Die einzelnen Konstrukte werden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit unterschieden, doch ist die Trennung letztlich eine analytische. So lässt sich der soziale Status nicht ohne die schichtspezifischen Ressourcen vorstellen. Ob die negativen Folgen eines tiefen Einkommens auf Grund von materiellen Einschränkungen oder eines tiefen Status zu Stande kommen, lässt sich oft nur schwer ausmachen.

### 2.3.2.1 *Sozialer Status*

In der Schichtungssoziologie nimmt das meritokratische Dreieck Bildung, Berufsposition und Einkommen eine zentrale Stellung ein. Hierbei gilt Bildung als der zentrale Investitionsstatus und Einkommen als der zentrale Belohnungsstatus. Das heisst, dass die Investition in die Bildung längerfristig durch ein entsprechendes Einkommen belohnt wird. Auch heute besteht diesbezüglich noch ein starker gesellschaftlicher Konsens. Man spricht von einer Statuskonsistenz, wenn der Bildungsstatus dem Einkommensstatus entspricht, das heisst wenn beide gleich hoch sind. Die konkrete Umsetzung dieses Anspruchs kann allerdings nicht garantiert werden, da die Einkommenshierarchie steiler ist als die Bildungshierarchie und da zahlreiche andere Mechanismen der Statuszuweisung wie z.B. auf Grund von Geschlechtszugehörigkeit oder Alter (z.B. Leemann, 2002; Lynch und Kaplan, 2000, S. 22) wirksam sind.

Solche Ungleichgewichte zwischen Investitionsstatus und Belohnungsstatus, also Statusinkonsistenz, treten seit den 1980er-Jahren häufiger auf (Bornscher, 1991). Zu denken ist hier z.B. an eine promovierte Geisteswissenschaftlerin, deren erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Stellenmarkt

nicht mit einer entsprechenden Erwerbstätigkeit und einem entsprechenden Einkommen belohnt werden. In diesem Fall wird von einem Bildungsüberschuss (resp. Einkommensdefizit) gesprochen. Dieser Typ der Statusinkonsistenz bedeutet, dass die individuelle Investition in Bildung nicht zu einem entsprechenden Einkommensertrag geführt hat. Heintz (1968) geht in seiner Theorie der strukturellen und anomischen Spannungen von der Existenz verschiedener Statushierarchien aus, die ein unterschiedliches Ausmass an Macht und Prestige beinhalten. Es gibt eine sozial normierte Erwartung über den Zusammenhang zwischen den Statusdimensionen; sie sind also nach bestimmten Regeln miteinander verknüpft. So legitimiert ein prestigehaltiger Status einen machthaltigen Status. Ein vorwiegend prestigehaltiger Status – Bildung, Berufsposition – kann als Investitionsstatus, ein vorwiegend machthaltiger Status – Berufsposition, Einkommen – als Belohnungsstatus aufgefasst werden. Insofern entspricht ein Bildungsüberschuss einem Prestigeüberschuss (siehe Tabelle 3). Wenn der Bildungsstatus tiefer ist als der Einkommensstatus, besteht ein Bildungsdefizit und ein Einkommensüberschuss, bzw. ein (ungenügend legitimer) Machtüberschuss. Ein Einkommensüberschuss (resp. Bildungsdefizit) liegt vor, wenn z.B. eine Frau mit einer tiefen Bildung vom Einkommen ihres höher gebildeten und besser verdienenden Ehemannes profitiert.

Tabelle 3: Verhältnis der Statusdimensionen Bildung und Einkommen zueinander bei Statusinkonsistenz

|   | Bildung > Einkommen                       | Einkommen > Bildung                       |
|---|---|---|
| Schichtkonzept im Allgemeinen                       | Bildungsüberschuss<br>(Einkommensdefizit) | Einkommensüberschuss<br>(Bildungsdefizit) |
| Theorie der strukturellen und anomischen Spannungen | Prestigeüberschuss<br>(Machtdefizit)      | Machtüberschuss<br>(Prestigedefizit)      |

Eine Statusinkonsistenz ist weder konzeptuell noch empirisch unabhängig von den beteiligten Statusdimensionen zu sehen (Bornschiefer und Heintz, 1977). Ein Bildungsüberschuss ist nur bei mittlerer bis hoher Bildung möglich, ein stärkeres Bildungsdefizit (bzw. ein stärkerer Einkommensüberschuss) nur bei einer verhältnismässig tiefen Bildung. Ein (unfreiwilliger) Bildungsüberschuss – also höhere Bildung bei keiner entsprechenden Belohnung – wird eher als für das Individuum problematisch und als eine Belastung aufgefasst.

### 2.3.2.2 Ressourcen

Betrachten wir als nächstes die Ressourcen, die in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit variieren. Als instrumenteller Aspekt von Schichtzugehörigkeit rücken finanzielle und kognitive Ressourcen in den Vordergrund des Interesses, die hier als personale Ressourcen aufgefasst werden können. Personale Ressourcen wie z.B. Kohärenzgefühl sind nicht Thema dieser Arbeit. Daneben sind soziale Ressourcen zu nennen, die in Abhängigkeit von Schichtzugehörigkeit variieren. Diese verschiedenen Ressourcenarten sind in unterschiedlicher Weise bedeutsam für den Umgang mit einer chronischen Krankheit und hängen miteinander zusammen. An dieser Stelle beschränken sich die Ausführungen auf die in der vorliegenden Arbeit zentralen kognitiven und finanziellen Ressourcen. Wie die finanziellen und kognitiven Ressourcen mit den sozialen Ressourcen zusammenhängen, wird Inhalt des Abschnitts 2.4.3 sein.

Es werden hier also Erklärungen gesucht, weshalb die finanziellen und kognitiven Ressourcen in Abhängigkeit von Schichtzugehörigkeit variieren, was auf den ersten Blick offensichtlich scheint: Mit einer höheren Position auf der Schichtdimension Einkommen geht ein erhöhtes Ausmass an finanziellen Ressourcen einher und eine höhere Bildung bringt ein grösseres Ausmass an kognitiven Ressourcen, die Wissensbestände aber auch Kompetenzen beinhalten. Zwischen kognitiven und finanziellen Ressourcen besteht insofern ein Zusammenhang, als finanzielle Ressourcen massgeblich auf Grund von Investitionen in die Bildung zugänglich sind (vgl. Ausführungen zum sozialen Status 2.3.2.1). In der Schweiz ist der Zusammenhang zwischen Bildungserfolg und Einkommen erheblich (Stamm, Lamprecht et al., 2003, S. 55ff).

Aber wie kommt die schichtspezifische Variation von kognitiven Ressourcen zu Stande? Ausgangspunkt der Argumentation bildet die Tatsache, dass die Bildungsungleichheit nach sozialer Herkunft nach wie vor ausgeprägt ist (Bornschiefer, 1991, S. 60; Hradil und Schiener, 2001; Leemann, 2002; Stamm, Lamprecht et al., 2003, S. 56). In der erreichten Bildungsstufe spiegelt sich also soziale Herkunft, wozu das Bourdieusche (1983) Konzept der Kapitalumwandlung Erklärungen bieten kann. Es geht davon aus, dass die verschiedenen Kapitalformen bis zu einem gewissen Grad ineinander konvertiert werden können, wozu jedoch jeweils Zeit- und Arbeitsinvestitionen nötig sind. Das ökonomische Kapital liegt allen Kapitalformen zu Grunde und kann somit in kulturelles oder soziales Kapital umgewandelt werden. Die verinnerlichte Bildung als inkorporierte Form des Kulturkapitals<sup>11</sup> lässt sich nicht kaufen, man muss genügend Zeit für den Lernprozess aufbringen können, welche in der Regel nur verfügbar ist, sofern man ausreichend ökonomisches Kapital besitzt. Dieses Kapital ist oftmals durch intergenerationelle

---

<sup>11</sup> Dieses kann in drei Formen existieren: inkorporiert, objektiviert und institutionalisiert. Objektiviertes Kulturkapital meint den Besitz von Gütern, wie Schriften, Gemälden; nutzbar ist es aber nur zusammen mit inkorporiertem Kulturkapital, also der Kenntnis, wie es beherrscht und für Profite eingesetzt werden kann. Institutionalisiertes Kulturkapital ist an die Anerkennung von schulischen Titeln gebunden.

Übertragung und Akkumulation zugänglich. Bourdieu und Passeron (1971) haben für den Hochschulbereich dargelegt, wie untere soziale Schichten sich aus höheren Bildungs- und Berufslaufbahnen zurückziehen bzw. ausscheiden, weil sie eine eingeschränktere Ausstattung mit kulturellem, sozialem und ökonomischem Kapital haben. Diese Kapitalformen, welche verantwortlich sind für den Reproduktionsprozess der gesellschaftlichen Klassen, werden in der Ursprungsfamilie übertragen. Kognitive Ressourcen werden also auf Grund von Investitionen durch die soziale Herkunft zugänglich.

Die verinnerlichte Bildung resp. die kognitiven Ressourcen umfassen neben Wissensbeständen auch Kompetenzen und Werte, die durch Sozialisationsprozesse übermittelt werden. Unter Sozialisation wird ein lebenslanger Prozess verstanden, in dem die Persönlichkeit in produktiver Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen (der "inneren Realität") und mit der sozialen und physikalischen Umwelt (der "äusseren Realität") entsteht. Diese Definition (Hurrelmann, 2002) geht von der Annahme aus, dass der Mensch stark von seiner Umwelt beeinflusst wird, sie aber zugleich durch seine eigenen Aktivitäten mit gestaltet. "Produktive Auseinandersetzung" soll auf diese aktiven Impulse für die Gestaltung der eigenen Lebenspraxis verweisen, die jeder Mensch in jedem Lebensabschnitt und jeder Lebenslage gibt. Verschiedene Sozialisationsinstanzen sind im Verlauf des Lebens wirksam: Zu Beginn wird die Handlungsfähigkeit eines Individuums im Rahmen seiner sozialen Umwelt vermittelt, insbesondere in der Familie. Aus- und Weiterbildungsstätten werden mit der heutigen verlängerten Jugendphase zu immer wichtigeren Sozialisationsinstanzen. Weitere Einflüsse gehen von der Berufstätigkeit, den Massenmedien oder der Peer-Group aus. Durch die Sozialisation werden Normen- und Wertesystem sowie das Rollenverhalten vermittelt.

Die schichtspezifische Sozialisationsforschung befasst sich mit den Auswirkungen der sozialen Ungleichheitsstruktur – vermittelt über Strukturen und Prozesse in der Familie – auf die kindliche Entwicklung. Sie beruht auf der Grundannahme, in der der Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit, familialer Sozialisation, kindlicher Persönlichkeitsentwicklung, Schul- und Berufserfolg hergestellt wird. Mit abnehmender Stellung der Familie in der Gesellschaftsstruktur ist diese ökonomischen, sozialen und kulturellen Benachteiligungen und Belastungen ausgesetzt, die die sozialisatorischen Prozesse auf Familienebene strukturieren. Eine optimale Entwicklung von kognitiven, motivationalen und sprachlichen Kompetenzen der Kinder, die für den Schulerfolg besondere Bedeutung haben, wird erschwert. Das Schulsystem "zementiert" diese Ungleichheiten eher, als dass es sie kompensiert, indem z.B. die Lehrmittel in Sprache und Ausrichtung eher auf die Lebenssituation von Kindern aus der Ober- und Mittelschicht zugeschnitten sind. Mit dem Bildungserfolg werden die Weichen für eine Einmündung in eine Berufsposition gestellt, die derjenigen der sozialen Herkunft dann sehr ähnlich ist. Man spricht hier vom "Zirkelmodell" der schichtenspezifischen Sozialisationsforschung (Steinkamp, 1991).



Schliesslich haben auch die Arbeitstätigkeit und Berufsposition Sozialisationseffekte. Die Art der Arbeitstätigkeit hinsichtlich des Selbstständigkeitsgrads, der Beschaffenheit der Arbeit und Einbindung in eine Betriebshierarchie, aber auch das Betriebsklima mit seiner spezifischen technisch-organisatorischen und kommunikativen Strukturierung bilden über die gesamte Zeit der Erwerbstätigkeit ein nachhaltig wirkendes Sozialisationsumfeld. Es stellt einen zentralen Bereich der äusseren Realität mit vielen persönlichen Kontakten zu Berufskolleg/innen und Abstimmungen von Werten und Lebensansprüchen dar (Heinz, 1991).

### 2.3.2.3 Belastungen

Als nächstes soll kurz auf die schichtspezifischen Belastungen (ungleiche Exposition zu Umweltrisiken und Stressfaktoren) eingegangen werden. Die folgenden Ausführungen dienen dazu, Gerhardts (1993, S. 25) Überlegung aufzunehmen, dass gewisse Lebenssituationen schon schwierig genug sind, und dass eine chronische Krankheit, die dann als zusätzliche Belastung hinzu kommt, den "Lebenssummenwert" an Belastungen einer Person erhöht (Holmes und Rahe, 1967). Dieser Zustand beansprucht die physischen und psychischen Ressourcen der betroffenen Person und erhöht dadurch ihre Vulnerabilität. Belastungssituationen können sich auch von einem Lebensbereich (z.B. Arbeit) auf andere Lebensbereiche (z.B. persönlicher Umgang mit chronischer Erkrankung) übertragen (carry-over) (Thoits, 1996, S. 57)

Bei den schichtspezifischen Belastungen wird meist auf die mit tieferer Schichtzugehörigkeit einhergehenden gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen auf Grund von körperlicher Beanspruchung (z.B. einseitige körperliche Belastungen) und Umweltrisiken (wie Lärm, Staub, Nässe) (Oppolzer, 1994) hingewiesen. In den letzten Jahren werden auch andere Anforderungen thematisiert, wie körperliche Belastungen auf Grund von Schreibtischarbeit, psychische Belastungen auf Grund von Über- und Unterforderung, Stress oder zu lange oder dem natürlichen Rhythmus widerstrebende Arbeitszeiten. Psychische Belastungen treten nicht nur in gering qualifizierten Berufen (Mackenbach, 1992), sondern sogar häufiger in höher qualifizierten Berufen auf. Eine Umfrage in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Jahre 2000 ergab folgende Ergebnisse (Arbeitsbedingungen, 2002, S. 31–35): Das höchste wahrgenommene Risiko in Bezug auf die Gefährdung der eigenen Gesundheit und Sicherheit durch die Arbeit ist im Baugewerbe (43%), in der Landwirtschaft und Fischerei (41%) sowie im Verkehrswesen (34%) zu verzeichnen. Bezüglich gesundheitlicher Probleme zeigen sich folgende Unterschiede: Von Rückenschmerzen wird am häufigsten von in der Landwirtschaft Beschäftigten (57%), gefolgt von den Handwerkern (45%) berichtet. Von Muskelschmerzen in Schultern und Nacken betroffen sind Beschäftigte in der Landwirtschaft (35%) und Arbeiter [Handwerker (30%), Maschinenbediener (30%), Hilfsarbeitskräfte (28%)]. In Bezug auf Verletzungen liegen Handwerker (16%), Facharbeiter (13%) sowie Beschäftigte in der Landwirtschaft (13%) vorne. Das registrierte Stressniveau lässt



erkennen, dass die höher qualifizierten Beschäftigten wie Wissenschaftler (40%), Techniker (35%) und Führungskräfte (32%) am stärksten betroffen sind. Gemäss diesen Ergebnissen besteht ein Zusammenhang, wonach körperliche Belastungen in tiefer qualifizierten Berufen häufiger und psychische Belastungen weniger oft auftreten als in höher qualifizierten Berufen. Siegrist und Geyer (2002) gehen der Frage nach, inwiefern psychosoziale Belastungskonfigurationen schichtenspezifisch verteilt sind und wenn ja, ob direkte Beziehungen zu Morbidität und Mortalität bestehen. Sie stellen theoretische Modelle vor, die beides positiv beantworten. Gemeinsam an den Modellen ist, dass sie relative soziale Benachteiligung im Erwachsenenleben zum Thema haben. Das Zusammenwirken von (quantitativ) hohen Belastungen (z.B. Zeitdruck) mit geringen Kontroll-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten blockiert die Lernprozesse, Initiativ- und Entwicklungschancen des arbeitenden Menschen. In Arbeitsverhältnissen, in denen einer hohen Verausgabung seitens der Erwerbstätigen vergleichsweise geringe Belohnungen gegenüberstehen, sprechen die Autoren von beruflichen Gratifikationskrisen. Hierbei sind mit Belohnungen nicht nur Geld, sondern auch sozioemotionale Gratifikationen (Anerkennung, Achtung, berufliche Statuskontrolle, Aufstiegschancen, Schutz vor Abstieg, Arbeitsplatzsicherheit) gemeint. Solche Gratifikationskrisen als intensive, distresserzeugende Erfahrungen sind bei niedrigeren beruflichen Statusgruppen häufiger zu finden als bei höheren. Somit stellt dies eine Risikokonstellation dar, die im Sinne eines sozialen Gradienten ungleich über die erwerbstätige Bevölkerung verteilt ist.

Auch das Wohnumfeld kann Belastungen für die Gesundheit beinhalten (Lärm, Staub etc.) (Mackenbach, 1992). Und schliesslich muss die dem Alltagsverständnis gut zugängliche Auswirkung von finanzieller Knappheit als Belastung erwähnt werden. Denn die tägliche Auseinandersetzung mit wirtschaftlichen Problemen ist entwürdigend und Kräfte raubend. Thoits (1996, S. 55) kommt in ihrer Übersicht zum Schluss, dass Personen mit tieferem Status vermehrt anhaltenden und wiederkehrenden Anforderungen, die grosse Verhaltensanpassungen über eine längere Zeit verlangen (z.B. Armut), ausgesetzt sind, als Menschen mit einem höheren Status. Dass sie aber nicht grundsätzlich häufiger mit negativen Ereignissen konfrontiert werden. Steinkamp (1993, zitiert in Borgers und Steinkamp, 1994, S. 140) zeigt, dass sowohl kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, Krankheit und Tod als auch chronische Rollenbelastungen im Bereich beruflicher Arbeit, in den Partner- und Familienbeziehungen in modernen Gesellschaften von oberen zu unteren Soziallagen zunehmen (für Belastungen in der Familie vgl. zusammenfassend Steinkamp, 1999, S. 136f).

Wie die obigen Ausführungen zum sozialen Status gezeigt haben, ist der Typ der Statusinkonsistenz individuell belastend, bei dem eine höhere Investition nicht in eine entsprechende Belohnung mündet. Da eine Statusinkonsistenz als abhängig von den beteiligten Statusdimensionen zu sehen ist, kann ein Bildungsüberschuss nur bei mittlerer bis hoher Bildung auftreten. Somit kann gefolgert werden, dass ein Bildungsüberschuss, der individuell eher belastend ist, bei höherer Bildung auftritt.

### 2.3.3 HIV-spezifische horizontale Ungleichheiten

Die theoretische Diskussion um die adäquate Erfassung von gesellschaftlicher sozialer Ungleichheit weist auf die Bedeutung von horizontalen Ungleichheiten hin, die sich in Verhaltensweisen und Einstellungen äussern und erfassen lassen. In der vorliegenden Arbeit steht die Bedeutung von horizontalen Ungleichheiten nicht im Vordergrund des Interesses, doch werden sie gemäss dem Mehrebenenmodell von (Borgers und Steinkamp, 1994; Steinkamp, 1993) zu berücksichtigen sein.

Ein Blick auf die epidemiologischen Daten zu HIV und Aids in der Schweiz zeigt uns, dass nicht nach von HIV betroffenen Personengruppen unterschieden wird, sondern nach folgenden Ansteckungswegen (Gebhardt, 2003): heterosexuelle Transmission, Drogeninjektion, sexuelle Kontakte zwischen Männern und Empfänger/innen von Blutprodukten oder Bluttransfusionen sowie perinatal infizierte Kinder. Diese Aufteilung ist dadurch begründet, dass riskante Verhaltensweisen für die Übertragung des HI-Virus verantwortlich sind und nicht die Zugehörigkeit zu einer "Risikogruppe". Es ist dementsprechend auch unzulässig, vom Infektionsweg auf einen soziokulturellen Lebensstil im weitesten Sinne zu schliessen. So pflegt ein Mann, der sich bei einem homosexuellen Kontakt infiziert hat, nicht notwendigerweise einen homosexuellen Lebensstil. Gleichwohl werden in dieser Arbeit die Angaben zum Infektionsweg als Indikator für die Zugehörigkeit zu einer soziokulturell relativ homogenen Subgruppe beigezogen, und es soll hier schon vorweggenommen werden, dass für die Definition der Subgruppenzugehörigkeit weitere Indikatoren gewählt werden müssen, die den Rückschluss auf eine charakteristische Lebenssituation erlauben (siehe Abschnitt 3.2 Evaluierung der Datenbasis und Bildung von soziokulturellen Subgruppen). Da im vorliegenden Datensatz Angaben zu homosexuellen Männern sowie zu Drogen injizierenden Personen zugänglich sind, konzentrieren sich die nachstehenden Ausführungen auf die Lebenssituation dieser beiden Subgruppen.

#### 2.3.3.1 *Homosexuelle Männer*

Als eine der ersten betroffenen Bevölkerungsgruppen in Nordamerika und Europa hat die Gay Community von Beginn der Epidemie an aktiv reagiert und im Sinne einer sozialen Bewegung eine kollektive Bewältigung (Thoits, 1996, S. 56) der Situation gefördert (Pollak, 1988). Es wurde in der Vergangenheit sogar argumentiert, dass sich auf Grund der Epidemie unter den homosexuellen Männern, die sich im Kampf gegen Aids engagieren, Gemeinschaften gebildet haben (Ariss, 1997; Dowsett, 1995; Rofes, 1996). Für offen homosexuell lebende Männer, resp. für Männer, die zu ihrer Homosexualität stehen, kann die Gay Community eine soziale Ressource sein. Diese ist insbesondere den in Städten lebenden homosexuellen Männern zugänglich. Homosexuelle Männer werden jedoch auf Grund ihres Lebensstils oftmals stigmatisiert, das heisst, sie haben mit gesellschaftlichen Ausgrenzungsmechanismen zu kämpfen. Dies äussert sich z.B. darin, dass homosexuelle Männer im Vergleich zur schweizerischen Allgemeinbevölkerung häufiger unter physischen Problemen und chronischen Erkrankungen (wie

Kopfschmerzen, Müdigkeit, Allergien, Migräne, Asthma) leiden, die als psychosomatische Erkrankungen aufgefasst werden können. Sie fühlen sich einsamer und unternehmen häufiger einen Suizidversuch (Häusermann und Wang, 2003).

#### 2.3.3.2 *Drogen injizierende Personen*

Personen, die intravenös Drogen konsumieren, haben mit ihrer Sucht bereits eine Krankheitsgeschichte und falls sie auf der Gasse leben, sind für sie die Belastungen dieses Lebens mannigfaltig: mit Obdachlosigkeit, Verwahrlosung, Beschaffungshandlungen seien nur einige genannt. Für sie kann eine HIV-Diagnose im Angesicht dieser Anforderungen sogar nebensächlich sein. Eine grosse Zahl der langjährigen Abhängigen weisen auch psychische Störungen auf. In den Polikliniken zur heroingestützten Behandlung der Schweiz wiesen 86% der Neueintretenden mindestens eine Störung auf. Am häufigsten litten die Betroffenen unter einer Persönlichkeitsstörung (58%), einer affektiven Störung (55%) und an Angststörungen (26%) (Frei & Rehm, 2002 zit. in Vogt, 2002). Eine ähnliche Gemeinschaft, wie sie offen homosexuell lebenden Männern zugänglich ist, gibt es für die Drogenkonsumierenden nicht, nicht zuletzt auch, weil sich der Drogenkonsum immer stärker in verdeckten Szenen abspielt. Die Zusammensetzung sozialer Netzwerke bei Menschen mit Drogenabusus verändert sich mit der Zeit und beinhaltet somit weniger stabile informelle Unterstützungsquellen (Hoffmann, Su et al., 1997). Formale Unterstützungsangebote wie niederschwellige Angebote können Drogen injizierenden Personen einen geschützten Rahmen bieten, wo auch die Bildung sozialer Netze möglich ist (Vogt, 2002). Auch Drogenkonsumierende werden wegen ihres Lebensstils stigmatisiert.

#### 2.3.4 **Zusammenfassung**

Nach einem Abriss über die soziologischen Ungleichheitstheorien wurde festgehalten, dass die klassischen Schichtdimensionen nach wie vor ihre Bedeutung haben. Die Schichtzugehörigkeit hat für die Verarbeitung einer chronischen Erkrankung insofern eine Bedeutung, als sich eine Tendenz zeigt, wonach der Zugang zu Ressourcen und das Ausmass an Belastungen schichtspezifisch variieren. Begründet wird der unterschiedliche Zugang zu finanziellen und kognitiven Ressourcen durch Prozesse, die die soziale Herkunft spiegeln: Die in der Herkunftsfamilie vorhandenen Kapitalarten beeinflussen insbesondere auch den Schulerfolg des Nachwuchses. Bildung als Investition bringt als Belohnung ein entsprechendes Einkommen resp. eine entsprechende Berufsposition mit sich.

Horizontale Disparitäten spielen in der vorliegenden Arbeit inhaltlich keine bedeutende Rolle. Sie werden insofern berücksichtigt, als die Studienpopulation in möglichst homogene soziokulturelle Subgruppen unterteilt wird.

## 2.4 Wirkungspfade und Interdependenzen im Stressprozess

Dieses Kapitel dient dazu, Erklärungen für die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Stressverarbeitung<sup>12</sup> im Stressprozess darzustellen, und nähert sich somit wieder der zentralen Fragestellung der Arbeit. Ausgangspunkt der gesamten Arbeit bildet die These, dass die Schichtzugehörigkeit Ressourcen und Belastungen mit sich bringt, die sich auf die Krankheitsverarbeitung (als Spezialfall von Stressverarbeitung) auswirken. Ziel dieses Abschnittes ist es also, Erklärungen für derartige Zusammenhänge aufzuarbeiten, wobei die einzelnen Wirkungen von Stressverarbeitung, sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit im Stressprozess, aber auch die gegenseitige Beeinflussung reflektiert werden. Die horizontalen Disparitäten und Persönlichkeitsmerkmale, die im Umgang mit Stress eine wichtige Rolle spielen, werden hier nicht diskutiert, da sie in der vorliegenden Arbeit nicht im Mittelpunkt des Interesses stehen.

Der Aufbau des Kapitels gestaltet sich folgendermassen: Ausgehend von den Prozessen auf der Mikroebene wird auf Stressverarbeitung eingegangen. Im grundlegenden Kapitel 2.1 wurde Stressverarbeitung als Reaktion auf Stress festgelegt und ihre Wirkungsweise wurde in der Darstellung der Stressmodelle dort bereits thematisiert. Hierbei wurde darauf hingewiesen, dass Stressverarbeitungsmodi vorerst deskriptiv aufzufassen sind. Inwiefern Stressverarbeitung im Allgemeinen und Krankheitsverarbeitung im Spezifischen effektiv sind resp. wie die Effektivität bestimmt werden kann, bildet das Hauptinteresse des Abschnittes 2.4.1.

Weitere wichtige Elemente des Stressprozesses stellen die Ressourcen- und Belastungsanteile von sozialen Beziehungen resp. Schichtzugehörigkeit dar. Ressourcen stellen ein Potenzial für Handlung dar und können in verschiedenen Phasen im Stressprozess wirken: Sie können die Entstehung von Stress verhindern, die Auswirkungen von Stress abschwächen, aber auch selber zur Quelle von Stress werden, wenn sie bedroht werden. Zusätzliche Belastungen auf Grund von sozialen Beziehungen resp. Schichtzugehörigkeit kommen zur Verarbeitung eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung hinzu, und können das betroffene Individuum überfordern.

---

<sup>12</sup> Hinweis zur Begrifflichkeit: Es wird in den theoretischen Ausführungen von Stressverarbeitung gesprochen, weil mit diesem Begriff alle Reaktionen auf ein Stresserleben umschrieben werden – Krankheitsverarbeitung hingegen ist als Spezialfall von Stressverarbeitung aufzufassen, nämlich als Verarbeitung von Belastungen, die sich im Zusammenhang mit einer Erkrankung ergeben. Für die theoretischen Ausführungen ist es ausreichend, wenn auf einer allgemeinen Ebene von Stressverarbeitung die Rede ist.

## 2.4.1 Stressverarbeitung

### 2.4.1.1 Theoretische Modelle

Auf theoretische Modelle zur Stressverarbeitung wurde im Abschnitt 2.1 eingegangen, als die theoretischen Grundlagen der Arbeit hergeleitet wurden. Dort wurde Stressverarbeitung als die Gesamtheit der emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Reaktionen identifiziert, die auf ein Stresserleben folgen. Die Stressverarbeitung hat zum Ziel, einen Spannungszustand, der sich nach einem Stressereignis eingestellt hat, zu reduzieren. Der Definition von Stressverarbeitung immanent ist die Auffassung, dass Stressverarbeitung ein Stresserleben vorausgeht. Das heisst, dass ein Ereignis, das vom Individuum als Stressor wahrgenommen worden ist, Stressverarbeitungsreaktionen verursacht. Eine Nicht-Reaktion ist dann nicht möglich, wohl aber eine nicht-effektive Stressverarbeitung. In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Begriffen, die zum Ausdruck bringen, dass Stressverarbeitung auf ihre Folgen hin bewertet wird: erfolgreich, gelingend, förderlich, angemessen, adaptiv, funktional. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Effektivität verwendet. Die Frage nach der Effektivität von Stressverarbeitung ist eine schwierige, aber unerlässliche. Der Sprung von der Beschreibung von Stressverarbeitungsmodi hin zur Bewertung ist notwendig, damit Bedingungen effektiver Stressverarbeitung untersucht werden können.

Vorerst ist es notwendig, die Effektivität von Stressverarbeitung zu definieren. Es geht darum, die Folgen verschiedener Stressverarbeitungsreaktionen insbesondere für das Individuum zu bewerten. Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden drei Bereiche, in denen sich Folgen von Stressverarbeitungsreaktionen manifestieren können: Im Bereich des subjektiven Wohlbefindens ("morale"), der somatischen Gesundheit resp. der sozialen Funktionstüchtigkeit ("social functioning") (Weber, 1994, S. 53). Eine ineffektive Verarbeitung ist dementsprechend zu verzeichnen, wenn sich die Verarbeitungsreaktionen negativ auf die genannten Bereiche auswirken, eine effektive Verarbeitung, wenn sich positive (oder zumindest keine negativen) Folgen abzeichnen.

Weber (1994; 2000) hat detailliert ausgearbeitet, wie die Beurteilung von Stressverarbeitung inhaltlich und methodisch umzusetzen ist. Zur Bestimmung von effektiver Stressverarbeitung gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Vorgehensweisen: Man kann im Voraus festlegen, was als effektiv resp. als ineffektiv bezeichnet wird (z.B. aktiv problem-orientierte versus evasiv-regressive Stressverarbeitung), also normativ vorgehen. Dieses Vorgehen ist häufig in den entsprechenden Forschungen zu finden. Kritisch anzumerken ist, dass sich in solchen Vorstellungen meist das gesellschaftliche Ideal des engagierten Menschen spiegelt, der jedes Problem als Herausforderung anpackt. Die bisherige Erforschung der Krankheitsverarbeitung zeigt diesbezüglich zum Teil unterschiedliche Ergebnisse, insbesondere weil sich einzelne Strategien in Abhängigkeit von Krankheitsphase als effektiv resp. ineffektiv zeigen können (z.B. Verleugnung). Eine zweite Möglichkeit, Stressverarbeitung hinsichtlich ihrer Effektivität zu bewerten, ist die empirische Zugangsweise. Hierzu müssen Kriterien festgelegt werden, anhand derer die Effektivität

bewertet wird. Die Kriterien werden aus den von der Lazarus-Gruppe bestimmten Bereichen gewählt. Bei der Festlegung entsprechender Kriterien sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, die Weber detailliert (1994; 2000) dargestellt hat. So können verschiedene Perspektiven unterschieden werden, je nachdem, aus wessen Sichtweise die Effektivität der Krankheitsverarbeitung beurteilt wird. Zum Beispiel kann für die Ärztin das wichtigste Effektivitätskriterium sein, dass sich der objektive Gesundheitszustand verbessert, während für das betroffene Individuum die Lebensqualität im Vordergrund steht. Dementsprechend wird die Notwendigkeit betont, verschiedene Kriterien in Studien mit einzubeziehen, anstatt sich z.B. auf ein einzelnes subjektives Kriterium zu stützen. Ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität – zum Beispiel erweist sich ein Verhalten günstig für den somatischen Gesundheitszustand, hingegen negativ für das subjektive Wohlbefinden – stellt sich die Frage, welches Kriterium für die Beurteilung der Effektivität bedeutsamer ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen verschiedener Verarbeitungsmodi dargestellt und ein Bezug zu den von der Lazarus-Gruppe festgelegten Bereichen, auf die die Reaktionen wirken können, hergestellt.

#### *2.4.1.2 Begründung der Effekte*

Die unterschiedlichen Stressverarbeitungs-Reaktionen haben zum Ziel, einen Spannungszustand abzubauen. Eine effektive Stressverarbeitung schwächt die negativen Effekte von Stressoren ab und kann somit als "Puffer" (analog zur Pufferwirkung von sozialen Beziehungen (Cohen und Wills, 1985), siehe folgenden Abschnitt) aufgefasst werden.

Beim Versuch, einen Spannungszustand abzubauen, können sich die Bemühungen zum einen auf die Lösung des Problems, zum anderen auf die emotionalen und kognitiven Symptome konzentrieren. Die Versuche können unmittelbare Wirkungen zeigen, z.B. kann sich die Gefühlslage ändern oder andere körperliche Vorgänge finden statt. Lazarus unterscheidet die problembezogene und die emotionale Stressverarbeitung. Problembezogene Reaktionen beinhalten Handlungen, die direkt zu einer Beseitigung oder Minderung des Problems führen können. Emotionale Verarbeitung umfasst die Versuche, die Emotionen zu regulieren (z.B. durch Selbstgespräche, Beruhigungsmittel) (Schwarzer und Leppin, 1992).

Üblicherweise wird das aktive, problembezogene Verhalten als effektiv angenommen. Das aktive Gesundheitsverhalten als zentrale Form der problemorientierten Krankheitsverarbeitung kann dann als effektiv angesehen werden, wenn der Krankheitsverlauf in entscheidendem Masse von der Befolgung gesundheitsrelevanter Verhaltensanweisungen abhängig ist (z.B. regelmässige Einnahme der Medikamente). In diesem Fall wirkt sich die Krankheitsverarbeitung im Bereich der somatischen Gesundheit günstig aus und kann somit als effektiv bezeichnet werden. Problemorientierte Krankheitsverarbeitung kann dagegen ineffektiv sein, wenn eine Kontrolle durch das Verhalten der Person nicht möglich ist. Zum Beispiel wenn jemand immer weiter nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten

sucht, obwohl alle therapeutischen Möglichkeiten durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausgeschöpft sind.

Ist eine Situation nicht durch problemorientierte Reaktionen kontrollierbar, bieten sich eher emotionszentrierte Formen an. So kann der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe oder Patientenorganisation das Selbstwertgefühl durch Solidarität fördern. Alkoholkonsum als Reaktion auf Stress mag kurzfristig für das Individuum zu einer Spannungsreduktion führen (günstiger Effekt im Bereich des psychischen Wohlbefindens), muss aber längerfristig als schlecht für die Gesundheit angesehen werden (ungünstiger Effekt im Bereich der somatischen Gesundheit). Bagatellisierung eines Problems oder Wunschdenken können dazu führen, dass eine Person nicht rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch nimmt oder dass die medikamentöse Therapie nicht wie verschrieben eingenommen wird, was sich gerade bei einer HIV-Infektion ungünstig auf den Krankheitsverlauf (Bereich somatische Gesundheit) auswirkt (Resistenzbildung des Virus gegen antiretrovirale Therapie). Depressive Verarbeitung als Modus geht oft mit einem sozialen Rückzug einher, der den Austausch mit anderen Menschen unterbricht (ungünstiger Effekt im sozialen Bereich). Zur Bedeutung der Interaktionen mit anderen Menschen sei auf Abschnitt 2.4.2.2 hingewiesen.

## 2.4.2 Soziale Beziehungen

Die Stressverarbeitung beinhaltet einen Prozess, der auf der Mikroebene des Mehrebenenmodells anzusiedeln ist. Mit den sozialen Beziehungen ist die Mesoebene angesprochen.

### 2.4.2.1 Theoretische Modelle

#### 2.4.2.1.1 Wirkungen sozialer Beziehungen im Stressprozess

In der Vergangenheit wurden verschiedene Modelle entwickelt, um die Rolle sozialer Beziehungen im Stressprozess zu erklären, wobei hier Gesundheit als Outcome des Prozesses angenommen wurde. Im Gegensatz zu Stressverarbeitung, die immer auf Stress folgt, können soziale Beziehungen schon vor der Stressentstehung einen Einfluss ausüben. Die im Rahmen der sozialen Unterstützungs-Forschung entwickelten Erklärungsmodelle gehen vor allem von folgenden möglichen Zusammenhängen zwischen sozialen Beziehungen, Stress und Gesundheit aus: Soziale Beziehungen können sich auf die Gesundheit oder den Stress auswirken; Stressfaktoren können aber auch soziale Beziehungen beeinträchtigen und Gesundheit kann sich auf Stress auswirken. Die folgenden Ausführungen folgen der Zusammenfassung von Jungbauer-Gans (2002, S. 62ff).

Für die Wirkungen sozialer Beziehungen auf die Gesundheit wurden zwei Modelle vertreten:

- Das additive Direktmodell (Haupteffektmodell) geht von einem direkten, positiven Effekt von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit aus. Stressfaktoren wirken unabhängig von und parallel zu den Beziehungen negativ auf die Gesundheit. Sie beruhen weniger auf konkreten Unterstützungsleistungen, sondern auf einem kumulativen Effekt kontinuierlicher Interaktionen und auf der Existenz eines sozialen Netzwerks (Vaux, 1988, S. 150). Es wird meist die Auffassung vertreten, direkte Effekte träten vor allem im Zusammenhang mit Massen der sozialen Integration auf (Cohen und Wills, 1985, S. 314; Leppin und Schwarzer, 1997, S. 353).
- Die Pufferhypothese (interaktives Modell) geht davon aus, dass soziale Beziehungen die negativen Auswirkungen von Stress reduzieren, also "puffern" (Cohen und Edwards, 1989; Cohen und Wills, 1985). Soziale Unterstützung wirkt dann als Puffer, wenn die Unterstützung die Bedürfnisse, die durch die Stressoren entstehen, zu decken hilft. Puffereffekte werden eher mit erhaltener sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht<sup>13</sup> (Leppin und Schwarzer, 1997, S. 53).

Soziale Beziehungen können sich aber auch auf das Stresserleben auswirken, und somit indirekt auf die Gesundheit:

- Durch die Einbettung in die soziale Umwelt nimmt das Individuum die Stressoren als weniger stressreich wahr oder die soziale Umwelt bewahrt das Individuum vor Stressoren (Schutzschildmodell).
- Das soziale Umfeld kann belastend sein und somit als Quelle von Stress dienen, zum Beispiel bei emotional belastenden Beziehungen, Streit, Scheidung oder Verlust einer nahe stehenden Person (vgl. 2.2.4.2).

Umgekehrt können Stressfaktoren auch soziale Beziehungen beeinträchtigen:

- Auf Grund von Stress kann ein Individuum sich veranlasst sehen, soziale Ressourcen zu mobilisieren, wie z.B. Aufsuchen einer Beratungsstelle. Die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung wird dann als Stressverarbeitungsmodus aufgefasst (genauere Ausführungen zu diesem Aspekt folgen unten).
- Schrumpfen des sozialen Netzwerks als Reaktion auf einen Stressor (z.B. stigmatisierte Erkrankung führt zum Abbruch von sozialen Beziehungen zum betroffenen Individuum).

---

<sup>13</sup> Wahrgenommene Unterstützung lässt sich weniger gut einem bestimmten Effektyp zuordnen.



Als weitere Möglichkeit, die kaum beachtet wird, gilt die umgekehrte Kausalrichtung, dass der Gesundheitszustand sich auf das Stressniveau resp. auf die sozialen Beziehungen auswirkt:

- Der (sich verschlechternde) Gesundheitszustand wird zur Quelle des Stresserlebens (vgl. auch Hobfoll, 1989).
- Ein schlechter Gesundheitszustand kann sich auch auf die Möglichkeiten, soziale Beziehungen aufzunehmen und zu pflegen, auswirken, weil z.B. nicht mehr aktiv am sozialen Leben teilgenommen werden kann.

Diese Modelle enthalten implizit eine zeitliche Anordnung von den Wirkungen von sozialen Beziehungen und Stress. So gilt es zu unterscheiden, ob die sozialen Beziehungen vor, gleichzeitig oder nach dem Stressereignis wirksam sind. Zudem ist vorstellbar, dass sich die soziale Unterstützung auf Grund eines belastenden Lebensereignisses wie einer chronischen Krankheit verändert, dass sich die soziale Unterstützung ähnlich wie bei der Stressverarbeitung in Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt verändert. Die genaueren Kenntnisse über die Wirkungsweisen sind noch Gegenstand der aktuellen Diskussion.

Während die eben dargestellten Modelle auf die Wirkungsweise von sozialen Beziehungen im Stressprozess eingehen, wird im nächsten Abschnitt die Interdependenz zwischen sozialen Beziehungen und Stressverarbeitung beschrieben.

#### 2.4.2.1.2 *Verhältnis zwischen Stressverarbeitung und sozialen Beziehungen*

Ein Aspekt ist für die hier zu betrachtende Fragestellung von besonderer Bedeutung, nämlich das Verhältnis von sozialen Beziehungen und Stressverarbeitung. An dieser Stelle sei gleich vorweggenommen, dass sich die Diskussion zu diesen Zusammenhängen hauptsächlich auf die soziale Unterstützung konzentriert hat. Überlegungen zur Bedeutung der anderen Funktionen sozialer Beziehungen (Belastungen und soziale Kontrolle) für die Stressverarbeitung haben bisher viel weniger Aufmerksamkeit bekommen.

Es wurde oben schon erwähnt, dass Stressempfinden zu Stressverarbeitung in Form von Beanspruchung sozialer Unterstützung führen kann. In der Vergangenheit wurde aber hauptsächlich die umgekehrte Kausalrichtung betrachtet, und zwar wie soziale Unterstützung die Stressverarbeitung beeinflusst. Zu diesem Aspekt liegt in grossem Umfang Forschungsliteratur vor und es wird angenommen, dass soziale Unterstützung positiv auf die Stressverarbeitung wirkt, auch wenn Kenntnisse über die genauen Zusammenhänge fehlen (Ben-Sira, 1984; Bloom, 1990, S. 636; McColl, Lei et al., 1995; Meyer, 2000; Stewart, 1989, S. 1276). Veiel und Ihle (1993) bemängeln, dass das Verhältnis des Unterstützungs-

Konzepts und des Stressverarbeitungs-Konzepts<sup>14</sup> zueinander erst wenig untersucht, resp. die Ähnlichkeit der erfassten Strukturen und Transaktionen wenig direkt thematisiert wurden. Unter anderem nehmen sie an, dass dies gerade wegen der Ähnlichkeit der Konstrukte geschieht. Sie stellen das Unterstützungs- dem Stressverarbeitungs-Konzept systematisch gegenüber und fassen zusammen, dass v.a. folgende drei Wirkungszusammenhänge postuliert worden sind. Alle drei Auffassungen müssen jedoch auf die eine oder andere Weise als eingeschränkt betrachtet werden:

- Soziale Unterstützung als Stressverarbeitungsmodus (Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung). Bei dieser Auffassung wird die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung vom Individuum initiiert (also aktiv angefordert) und stellt somit einen eigenen Stressverarbeitungs-Modus dar (z.B. Lazarus, 1998, S. 219; Lazarus und Folkman, 1984). Da der Stressverarbeitung definitionsgemäss ein Stressor vorausgeht, entspricht soziale Unterstützung als Stressverarbeitungsmodus somit der Krisenunterstützung. Nicht-stressbezogene soziale Unterstützung (z.B. Zugehörigkeitsgefühl, Wertschätzung) wird bei dieser Betrachtungsweise der sozialen Unterstützung schwierig einzuordnen. Denn auch diese Unterstützung kann unmittelbar oder längerfristig einen Einfluss auf die (psychische) Gesundheit haben.
- Soziale Unterstützung als Stressverarbeitungs-Ressource (Möglichkeitsstruktur gemäss Merton). Hier werden Unterstützungsleistungen als soziale oder externale Ressourcen bezeichnet, die als latente Dimensionen der Stressverarbeitung ein Potenzial für Handlung bereit stellen, aber nicht (Stressverarbeitungs-)Handlung selber sind. Diese Auffassung vertreten Cohen und Wills (1985), mit der "Stress-Puffer-Hypothese" die oben schon dargestellt wurde. Bei dieser Auffassung ist es schwierig, spontane Hilfeleistungen einzuordnen, denn nicht alle Unterstützung wird von der betroffenen Person angefordert, sondern soziale Unterstützung kann auch vom sozialen Umfeld unaufgefordert geleistet werden, ohne dass sich das Individuum bewusst ist, dass die entsprechende soziale Beziehung als Ressource aufgefasst werden kann.
- Die These, dass soziale Unterstützung als Stressverarbeitungs-Hilfe aufgefasst werden kann, wurde von Thoits (1986) aufgestellt. In ihrem integrativen Ansatz zieht sie Parallelen zwischen entsprechenden Modi von Unterstützung und Stressverarbeitung auf der emotionalen, kognitiven und Verhaltensebene. Die beiden Konstrukte stellen zwei sich gegenseitig beeinflussende Klassen von Aktivitäten dar, die nicht wie beim Modell der sozialen Unterstützung als Stressverarbeitungsmodus in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen, d.h. bei der soziale Unterstützung als eine Kategorie von Stressverarbeitung betrachtet wird. Vielmehr wirkt die soziale Unterstützung

---

<sup>14</sup> Sie gehen von folgender Stressverarbeitungsdefinition aus: i) Stressverarbeitung beinhaltet eine bewusste, zielgerichtete Handlung, ii) unabhängig vom Erfolg der Handlung, iii) umfasst nicht nur den Umgang mit Belastungssituationen, die die Bewältigungskapazität einer Person erreichen oder übersteigen (wie bei Lazarus und Folkman (1984), sondern mit allen Situationen, in denen ein Handlungsbedarf zur Abwendung negativer Konsequenzen besteht.

verstärkend auf die eigenen Stressverarbeitungsreaktionen. Reagiert eine Person also hauptsächlich mit emotionalen Stressverarbeitungsreaktionen, wirkt die emotionale Unterstützung von signifikanten anderen fördernd in dieser Verarbeitungsweise. Das Problem bei der Auffassung von zwei unabhängigen, sich gegenseitig beeinflussenden Konzepten besteht darin, dass Stressverarbeitung als Aktivität des Individuums und soziale Unterstützung als solche des sozialen Umfelds aufgefasst wird. Soziale Unterstützung, die aktiv durch das Individuum gesucht und in Anspruch genommen wird, lässt sich hier nicht einordnen.

Nach einem systematischen Vergleich der Konstrukte der Stressverarbeitung und der sozialen Unterstützung kommen Veiel und Ihle (1993, S. 63) zum Schluss, dass die Konzepte ähnlich, aber nicht identisch sind:

"Ein Teilbereich von Copingverhalten (wir sprechen hier von Stressverarbeitung, Anm. der Autorin), soziales Coping, und ein Teilbereich Sozialer Unterstützung, Krisenunterstützung, entsprechen sich jedoch weitgehend in ihrer begrifflichen Struktur, und die entsprechenden Ressourcen sind identisch."

Nicht-soziale Stressverarbeitung, also Stressverarbeitungsmodi, die nicht-soziale Unterstützung beinhalten, entsprechen einer weiter reichenden Dimension, die das Konzept der sozialen Unterstützung nicht beinhaltet (z.B. kognitive Stressverarbeitung). Demgegenüber muss soziale Unterstützung nicht nur in Krisensituationen angeboten resp. angefordert werden. Nicht stress-bezogene Unterstützungsleistungen (z.B. Wertschätzung) sind somit Dimensionen, bei denen das Unterstützungskonzept über das Stressverarbeitungskonzept hinaus reicht. Diese Überlegungen sind auch für unsere Zwecke von Bedeutung, selbst wenn wir von einer leicht anderen Definition von Stressverarbeitung ausgehen. Sie liefern wichtige Hinweise für die Interpretation der empirischen Analysen.

Hinsichtlich der weiteren Funktionen sozialer Beziehungen (Belastungen, soziale Kontrolle) und ihrer Bedeutung liegen meines Wissens keine so detaillierten Überlegungen vor. Auf allgemeiner Ebene kann festgehalten werden, dass Belastungen auf Grund von sozialen Beziehungen Stressverarbeitungsreaktionen auslösen. Summieren sich diese Belastungen mit den Anforderungen eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung, kann davon ausgegangen werden, dass ein höheres Ausmass an Stressverarbeitungsreaktionen zu beobachten ist. Hinsichtlich der sozialen Kontrolle wurde bereits früher dargestellt, wie sich diese auf die Stressverarbeitung auswirken kann. Wenn z.B. im Falle einer Krankheit jemand die betroffene Person hinsichtlich ihrer Medikamenteneinnahme kontrolliert.

#### 2.4.2.2 *Begründung der Effekte*

In diesem Abschnitt soll zusammenfassend dargestellt werden, wie sich die Wirkungen sozialer Beziehungen erklären lassen. Diese wurden in den bisherigen Ausführungen zum Teil implizit angesprochen, sollen hier gleichwohl in konzentrierter Form nochmals dargestellt werden.

Ein grosser Teil der psychologischen Wirkungen, die den sozialen Beziehungen zu Grunde liegen, sind auf die Interaktionen mit anderen Menschen zurückzuführen. Anknüpfend an die Tradition des symbolischen Interaktionismus wird die soziale Interaktion als zentral für die Entwicklung des Selbst-Konzepts, der "normalen" Persönlichkeit und des adäquaten sozialen Verhaltens aufgefasst. Das Innehaben von Rollen wird als eng verknüpft mit der individuellen Identität betrachtet und die Entwicklung der Identität ist somit stark durch das soziale Umfeld beeinflusst. Personen, die sich in Organisationen engagieren, erlangen dadurch spezifische Rollen und Positionen, die ihre persönliche Macht und ihre Selbstachtung erhöhen. Die Mitgliedschaft in grösseren Gruppen kann zudem ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln, und die Identifikation mit einer Gruppe kann ein identitätsstiftender Faktor sein. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe kann für gewisse Menschen – geprägt durch kulturelle Normen – erstrebenswert sein (z.B. Teil einer Familie zu sein). Gehört man der entsprechenden Gruppe an, stellt sie eine Quelle von Zufriedenheit dar, bei Nicht-Zugehörigkeit dementsprechend eine Quelle von Unzufriedenheit.

Gemäss Thoits (1985; 1983) können Rollen nur dann erfolgreich eingenommen werden, wenn sie entsprechende Anerkennung im sozialen Umfeld finden. Können gewünschte soziale Identitäten nicht erlangt werden, weil z.B. die soziale Umwelt die Anerkennung dieser Rolle versagt oder eine entsprechende Rolle nicht eingenommen werden kann, birgt dies Gefahren für die mentale Gesundheit, ist also eine Belastung. Gelingt es hingegen einer Person, eine Rollenerwartung besser zu erfüllen als andere, ist dies eine Möglichkeit, zusätzliches Selbstvertrauen und Kontrollüberzeugung zu generieren. Denn es gibt keine objektiven Standards an Rollenerwartungen, so dass andere Personen oft als Vergleichsmassstab dienen.

In der Interaktion mit anderen Personen kann Achtung und Wertschätzung erlebt werden, was die Selbstachtung und das Selbstvertrauen einer Person fördert. Negative Signale hingegen können negativ wirken. Im sozialen Vergleich werden Informationen vermittelt über die Verbreitung des Problems, normative Bewertung des Verhaltens und der Gefühle eines Individuums, individuellen Status in der Gesellschaft: wahrgenommene soziale Auffälligkeit kann vermindert werden, lässt die Annahme von Gefühlen zu, ermöglicht positive Vergleiche<sup>15</sup>. Sind andere vorhanden, um soziale Aktivitäten zu unternehmen resp. zu teilen, ermöglichen sie eine positive Ablenkung vom allfälligen Hadern mit Problemen. Soziale Netzwerke können eine Quelle von Verhaltensnormen und Vorbildern sein. Es können

---

<sup>15</sup> Veiel und Ihle (1993) weisen darauf hin, dass die Einbeziehung des sozialen Netzwerks real aber auch kognitiv geschieht, etwa durch soziale Vergleichsprozesse.

Verhaltensweisen gelernt werden, die für andere in einer bestimmten Situation erfolgreich waren. Spezifische Unterstützungsmassnahmen können andere vor dem Auftreten eines Stressors schützen (Eltern z.B., die ihre Kinder vor den gefährdenden Situationen im Strassenverkehr bewahren). Gewisse potenzielle Stressoren werden nicht als belastend erlebt, weil sie von signifikanten anderen im Umfeld als nicht zentral eingeschätzt werden. Nachdem ein Stressor eingetreten ist, können unterstützende Handlungen eine Verminderung der negativen Einschätzung erreichen. Durch Ausdruck von Wertschätzung werden negative Effekte des Erlebnisses abgeschwächt. Praktische Unterstützung hilft bei der Lösung praktischer Probleme und schafft zusätzliche Zeit für Erholung und Entspannung resp. andere Stressverarbeitungsleistungen. Informative Unterstützung erhöht das Ausmass an (hilfreichen) Informationen, die einem Individuum zugänglich sind, und kann dem Individuum helfen, notwendige Dienstleistungen zu erhalten (Vaux, 1988, S. 149-153; Wills und Shinar, 2000, S. 89).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass unterstützende Handlungen die Wahrnehmung eines Stressors beeinflussen können, indem derselbe uminterpretiert und somit nicht mehr als stressreich erlebt oder als weniger gefährdend und vielleicht realistischer eingeschätzt wird. Unterstützende Handlungen können aber konkret auch helfen, eine Anforderung zu erfüllen. Eine Veränderung der sekundären Problemwahrnehmung kann durch Intervention von unterstützenden Personen erreicht werden, da die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Problembewältigung und die Handlungsoptionen besser und umfassender eingeschätzt werden. Lindernde emotionale Unterstützung ist dann von Bedeutung, wenn ein gefährdendes Ereignis eingetreten ist, und eine Umdeutung nicht möglich ist. Zeichen von Mitgefühl und Fürsorge bewirken, dass die betroffene Person sich geborgen, geliebt, aufgehoben fühlt.

### **2.4.3 Soziale Schichtzugehörigkeit**

Während den sozialen Beziehungen und ihrer Bedeutung im Zusammenhang mit Stress in der Vergangenheit viel Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, ist dies für die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit weniger der Fall. Im Folgenden wird theoretisch hergeleitet, wie die Schichtzugehörigkeit im Stressprozess wirken kann. Hierbei wird auf die Überlegungen von Pearlin zurückgegriffen. Er zeigt auf, wie genuin soziologische Konzepte im Stressprozess wirksam sind, wirft aber auch noch zu klärende Fragen auf, insbesondere hinsichtlich der schichtspezifischen Variation des Umgangs mit Stress und des Zugangs zu sozialer Unterstützung. Nachdem auf Pearlins Überlegungen kurz eingegangen wird, folgt eine Erläuterung der Begründung der Effekte der Schichtzugehörigkeit dargelegt.

### 2.4.3.1 Theoretische Modelle

Pearlin (1989)<sup>16</sup> fordert, dass in jeder Phase des Prozesses die Bedeutung von genuin soziologischen Konstrukten in die Analyse miteinbezogen werden muss: 1) des Ausgesetztseins und 2) der individuellen Bedeutung von Stressoren, 3) der schichtspezifischen Variation der Mediatoren Stressverarbeitung resp. 4) soziale Unterstützung und 5) der psychischen, physischen und verhaltensspezifischen Erscheinungsformen von Stress. Für uns von Bedeutung sind die ersten vier Punkte, die nachstehend zusammenfassend dargestellt werden. Wo vorhanden, wird die Darstellung durch theoretische Überlegungen von (Bourdieu, 1984) ergänzt.

- Schichtspezifische Stressoren

Die Schichtzugehörigkeit kann bestimmte physische und psychische Anforderungen insbesondere auf Grund der Art der Erwerbstätigkeit mit sich bringen, die als Belastungen zur chronischen Erkrankung hinzukommen und dadurch das Stresserleben steigern können (vgl. 2.3.2.3).

- Schichtspezifische Bedeutung eines Ereignisses

Wie die Ausführungen zu den Stressmodellen gezeigt haben, sind Ereignisse nicht per se Stressoren. Vielmehr bestimmen persönliche Werte, inwiefern ein Ereignis für eine Person von Bedeutung ist. Mit Werten sind Vorstellungen darüber gemeint, was gut, erstrebenswert, belohnenswert oder als zu vermeiden gilt. Inwiefern ein Ereignis als Stressor wahrgenommen wird, hängt also davon ab, was für ein Individuum wichtig oder erstrebenswert ist. Da persönliche Werte auch von Sozialisationsprozessen beeinflusst werden, kann angenommen werden, dass sich eine schichtspezifische Variation zeigt. So kann eine chronische Erkrankung für verschiedene Schichten von unterschiedlicher Bedeutung sein. Gemäss Bourdieu unterscheiden sich soziale Klassen, Schichten und Gruppen nicht nur durch ihre wirtschaftliche Lage, sondern auch symbolisch durch die von den Klassenangehörigen zum Ausdruck gebrachten sogenannten Habitusformen. Diese werden durch feine Unterschiede und Handlungen dargestellt (z.B. durch Titel, Kleidung, Sprache, Manieren, Geschmack, augenfällige Konsumverhaltensweisen) und prägen weitgehend das Handeln der Individuen. Für Bourdieu zeigt sich der Habitus am ausgeprägtesten in der Art und Weise, wie Menschen mit ihren Körpern umgehen und wie sie sich auf ihre Körper beziehen: der Habitus ist in den Menschen "verkörpert".

- Schichtspezifische Variation in der Stressverarbeitung

Schichtspezifische Normen können aber auch die Art und Weise, wie auf Stressoren reagiert wird, beeinflussen. Möglicherweise werden wichtige Elemente des Umgangs mit Stress von der Referenzgruppe übernommen. Insofern ist Stressverarbeitung, auch wenn sie sich auf die Wahrnehmungen und Handlungen von Individuen bezieht, von soziologischem Interesse.

---

<sup>16</sup> Für detailliertere Ausführungen sei auf Abschnitt 2.1.1.5 verwiesen.

- Schichtspezifische Variation im Zugang zur sozialen Unterstützung

Unter sozialer Unterstützung versteht Pearlin jene Ressourcen, die man tatsächlich benutzt, um mit Ereignissen umzugehen. Dieses sogenannte Unterstützungsnetzwerk spiegelt letztlich die Einbindung eines Individuums in die Gesellschaft – insofern nimmt Pearlin an, dass diesbezüglich schichtspezifische Unterschiede festzustellen sind. Die Kapitaltheorie von Bourdieu (1983) geht davon aus, dass soziales Kapital (wir sprechen in dieser Arbeit von sozialen Beziehungen) mit Hilfe von ökonomischem Kapital aufgebaut wird. Eine dauerhafte soziale Bindung ist jedoch nur mittels persönlicher Gestaltung durch unaufhörliche Beziehungsarbeit in Form von ständigen Austauschakten erforderlich. Soziales Kapital hängt aber auch eng mit dem kulturellen Kapital zusammen. Bourdieu misst den Besitz von Bildungskapital und kulturellem Kapital an der Fähigkeit eines Menschen, durch bestimmte Kenntnisse, Kompetenzen und Handlungsdispositionen Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Umwelt zu nehmen, indem er sich in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen angemessen zu verhalten weiss. Dabei kann er sich die gesellschaftliche Unterstützung sichern und den sozialen Gruppen mit hoher persönlicher Anerkennung und Wertschätzung angehören.

#### 2.4.3.2 *Begründung der Effekte*

Gemäss Gerhardt (1993, S. 25) wurde die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit für chronische Erkrankungen und ihrer Verarbeitung bisher vor allem unter zwei Aspekten diskutiert: Einerseits hinsichtlich der Exposition unterschiedlicher Belastungen, andererseits in Bezug auf den unterschiedlichen Zugang zu Stressverarbeitungs-Ressourcen. Die schichtspezifischen Anforderungen summieren sich mit den Anforderungen eines Lebens mit HIV. Dies ist insofern von Bedeutung, als vermutet werden kann, dass der Lebenssummenwert an erfahrenen Belastungen die Vulnerabilität einer Person beeinflusst (Holmes und Rahe, 1967).

Die von Pearlin angesprochene unterschiedliche Bedeutung einer chronischen Erkrankung kann aus verschiedenen Gründen schichtspezifisch variieren. Da sind als Erstes die schichtspezifischen Normen zu nennen. Die Wertschätzung von Gesundheit sowie die Körperaufmerksamkeit zeigt einen Schichtungsgradienten (Blane et al., 1996, zit. in Blane, Bartley et al., 1998, S. 96; Boltanski, 1967). In tieferen Schichten wird typischerweise physische Stärke gegenüber intellektueller Fähigkeit betont (Gerhardt, 1993). Des Weiteren werden Anzeichen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht wahrgenommen und ein allfällig notwendiger Arztbesuch wird aufgeschoben (Weber, 1987). Insofern kann die offensichtliche Abnahme von körperlichen Kräften auf Grund des Gesundheitszustandes für Unterschichtsangehörige eine andere Bedeutung haben als für Mittel- und Oberschichtsangehörige, weil ihre Erwerbsfähigkeit direkt betroffen ist (Pierret, 1993).

Eine chronische Erkrankung kann aber auch auf Grund der schichtspezifisch unterschiedlich vorhandenen finanziellen und kognitiven Ressourcen eine variierende Bedeutung haben. Eine gesundheitlich bedingte



eingeschränkte Arbeitsmöglichkeit kann zu einem Einkommensverlust oder die benötigte gesundheitliche Versorgung zu hohen Ausgaben führen. Die schwindenden finanziellen Ressourcen sind gegebenenfalls für höhere Schichten weniger stressreich, da sie auf Grund von Ersparnissen in weniger hohem Ausmass in eine finanzielle Notlage geraten. Für Menschen mit einem bereits tiefen Einkommen sind Einkommenseinbussen oder höhere Ausgaben eine grosse Belastung. Mit einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen wird die Herstellung besserer Lebens- und Wohnbedingungen ermöglicht. Sie erhöhen den Spielraum, um soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, z.B. in Form von emotionaler Hilfe durch eine Psychotherapie oder praktischer Hilfe im Haushalt. Gegebenenfalls können auch bessere Behandlungsmöglichkeiten bezahlt werden (Gerhardt, 1993; Siegrist und Geyer, 2002). Diese finanziellen Ressourcen eröffnen Handlungsoptionen, die die Entstehung von Stress verhindern oder das Stresserleben vermindern können.

Die durch die Bildung erworbenen kognitiven Ressourcen resultieren in höheren Wissensbeständen über körperliche Vorgänge und besseren Kenntnissen über den Gebrauch der medizinischen Versorgung (Becker, 1998; Klocke und Hurrelmann, 1995, S. 146). Solche Kenntnisse und die bessere Einsicht in Zusammenhänge dienen als Voraussetzung für den effizienten Einsatz von gesundheitlichen (Vorsorge-)Massnahmen, die bessere Verwertung resp. Beurteilung von gesundheitsrelevanten Informationen und die schnellere Aneignung von neuen, komplexen Erkenntnissen zur Gesunderhaltung<sup>17</sup>. Zum Beispiel sind Kenntnisse über formelle Hilfsangebote notwendig, um sie als Unterstützungsquellen beanspruchen zu können.

Neben Wissen werden mit der längeren Sozialisation in Bildungsstätten Kompetenzen gefördert wie die Fähigkeit zur Selbststeuerung, die Bereitschaft zum Aufschieben von Belohnungen und die kognitive Flexibilität. Diese Kompetenzen erhöhen die Fertigkeiten der Problemlösung, indem bei auftauchenden Schwierigkeiten auch unkonventionelle Lösungsalternativen erwogen werden können (Hurrelmann, 2002; Mirowsky und Ross, 1989; Steinkamp, 1999; Thoits, 1996, S. 62). Eine schichtspezifische Variation in der Stressverarbeitung kann auch dadurch bedingt sein, dass Individuen mit einem höheren Schulabschluss stärker die Wahrnehmung haben, dass sie ihre Lebensumstände kontrollieren können. Dies wurde z.B. empirisch in Deutschland nachgewiesen. Personen unterer Schichten waren der Überzeugung, selbst wenig für ihre Gesundheit tun zu können (Laubach, Schumacher et al., 2000). In der psychologischen Literatur wird eine Reihe personaler Eigenschaften genannt, die Beutel (Beutel, 1989) in einer umfangreichen Literaturrecherche zu protektiven Faktoren bei Gesundheitsbelastungen zusammenstellt. Bei der Durchsicht der Liste fällt auf, dass es sich durchweg im weitesten Sinne um

---

<sup>17</sup> Das sozialpsychologische Information-Motivation-Behavioral-Skills-Modell von Fischer and Fisher (1993) z.B. geht explizit davon aus, dass der problembezogene Informationsstand eine notwendige Voraussetzung für ein bestimmtes Verhalten ist, doch reicht er nicht aus. Gut informierte Personen, die nicht motiviert sind, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, werden dies trotz ihres hohen Wissensstands nicht tun.



optimistische Einstellungen oder Vertrauen gegenüber der eigenen Person, den Lebensbedingungen und anderen Menschen handelt, wobei diese Einstellungen auch bei widersprechenden Erfahrungen aufrecht erhalten werden. Grundsätzlich scheint die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Lebensumstände mit höherem Status zu steigen: Mit tieferer Bildung und niedrigem Einkommen geht mehr Fatalismus und weniger Gewissheit, die Umgebung beeinflussen zu können, einher (Levy, Joye et al., 1998; Thoits, 1996, S. 62). Antonovsky (1979) geht in seiner Theorie der Salutogenese auf die schichtspezifische Entstehung der Widerstandsressourcen inkl. dem Kohärenzgefühl ein, die für die Erhaltung resp. Wiederherstellung von Gesundheit von Bedeutung sind. Sie hängen theoriegemäss vom soziokulturellen und historischen Kontext und den darin vorherrschenden Erziehungsmustern und sozialen Rollen ab. Tendenziell kann davon ausgegangen werden, dass mit höherem Status ein höheres Ausmass an Widerstandsressourcen einhergeht.

Auch die Bewertung von Gesundheitsverhalten kann schichtspezifisch variieren. Ungesunde Lebensstile wie Rauchen, Alkoholkonsum sind in Unterschichten weiter verbreitet und dienen als Mittel zur Spannungsreduktion, also als Stressverarbeitungsmodi. Menschen mit höherer Bildung verhalten sich auch bezüglich regelmässiger Bewegung, Ernährungsweise, Gebrauch von Medikamenten resp. Drogen gesundheitsbewusster als Personen mit niedrigerer Bildung (Stolpe, 2001, S. 23ff)(Blane et al., 1996, zit. in Blane, Bartley et al., 1998, S. 96; Lynch und Kaplan, 2000; Trojan und Legewie, 2001, S. 97). Ein in Bezug auf die Stressverarbeitungs-Reaktionen wichtiger Faktor ist die Zeitpräferenz. Die unterschiedlichen Werte umfassen eine stärkere Zukunftsorientierung und Planung der Lebensführung bei Mittel- und Oberschichtangehörigen im Gegensatz zu gegenwartsnahen Techniken der Situationsbewältigung bei Unterschichtsangehörigen (Boltanski, 1967).

Schichtspezifische Werte und Normen wurden in der Vergangenheit im Zusammenhang mit Verständigungsproblemen zwischen Ärzte/innen und Patient/innen aus tieferen Schichten thematisiert, die den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Diese werden auf die soziale Distanz auf Grund ihrer unterschiedlichen sozialen Herkunft zurückgeführt. Es ist ohne Weiteres vorstellbar, dass solche unterschiedlichen Herkunftsvariablen auch in anderen Beratungszusammenhängen (z.B. auf dem Sozialamt oder in der Psychotherapie) wirksam sind. Auch Präventionsprogramme sind v.a. an den Bedürfnissen der Mittel- und Oberschicht orientiert. Die soziale Distanz muss einerseits als Barriere für eine effektive Unterstützungsleistung, andererseits für die Inanspruchnahme dieser Hilfeleistung angesehen werden.

#### 2.4.4 Zusammenfassung

Die Wirkungsweise von Schichtzugehörigkeit kann vielfältig sein: Zum Einen über die Verteilung von kognitiven und finanziellen Ressourcen, die die Handlungsoptionen bestimmen, u.a. auch die Mobilisierung resp. Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung. Des Weiteren werden mittels Sozialisationsprozessen Fähigkeiten, Einstellungen und Normen vermittelt. Diese können die Beurteilung eines Stressors oder der notwendigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beeinflussen, aber auch die Möglichkeit, formelle Unterstützungsleistungen effizient beanspruchen zu können. Zu dem letzten Punkt wurde in der Vergangenheit die soziale Distanz zwischen Leistungserbringern – insbesondere Ärzte/innen – und ihrer Klientel aus tieferen Schichten thematisiert. Schliesslich wird die Bedeutung von schichtspezifischen Belastungen diskutiert. Der Kanon lautet dahin gehend, dass untere Schichten höheren Belastungen ausgesetzt sind, wobei die empirischen Ergebnisse diesbezüglich nicht ganz konsistent sind.

## 2.5 Empirischer Forschungsstand

Das folgende Kapitel ist dem empirischen Forschungsstand gewidmet. Da keine Studie bekannt ist, die die komplexen Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung (oder Stressverarbeitung) betrachtet, werden die Befunde aus Einzelstudien dargestellt. Hierbei werden vorerst Ergebnisse zu den zentralen Konstrukten „Krankheitsverarbeitung“, „Soziale Beziehungen“ und „Soziale Schichtzugehörigkeit“ zusammengefasst (2.5.1). Anschliessend werden die Resultate zu den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Konstrukten dargestellt (2.5.2 bis 2.5.4).

Grundsätzlich werden Studien zu HIV/Aids zusammengefasst. Wo solche fehlen, werden Forschungsergebnisse beigezogen, die aus Studien bei Menschen mit anderen chronischen Krankheiten, insbesondere Krebs, stammen.

### 2.5.1 Ergebnisse zu den zentralen Konstrukten

In diesem Abschnitt werden die empirischen Forschungsergebnisse zu den drei uns hier interessierenden Subgruppen zusammengefasst.

#### 2.5.1.1 *Krankheitsverarbeitung*

In der vorliegenden Arbeit spielt die Effektivität von Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle, deshalb wird hier als Erstes ein Überblick über die Effektivität von Krankheitsverarbeitungsmodi gegeben. Dann folgen die Ergebnisse der Subgruppen.

##### 2.5.1.1.1 *Effektive Krankheitsverarbeitungsmodi*

Sobald die Krankheitsverarbeitung auf ihre Folgen hin bewertet werden soll, stellt sich die Frage nach geeigneten Kriterien. Lazarus und Folkman (1984) sprechen von drei Bereichen, in denen die Stressverarbeitung Auswirkungen haben kann: Im Bereich des subjektiven Wohlbefindens ("morale"), der somatischen Gesundheit resp. der sozialen Funktionstüchtigkeit ("social functioning") (Weber 1994, S. 53). Diese drei Bereiche liegen nahe beim umfassenden Verständnis von Gesundheit im Sinne der WHO-Definition, dem Konstrukt des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität. Eine ineffektive Verarbeitung ist dementsprechend zu verzeichnen, wenn sich die Verarbeitungsreaktionen negativ auf die genannten Bereiche auswirken, eine effektive Verarbeitung, wenn sich positive (oder zumindest keine negative) Folgen abzeichnen.

Bei der Ableitung einzelner Kriterien von obengenannten umfassenden Konstrukten, ist neben den inhaltlichen Aspekten Folgendes zu beachten: Erstens die Zeitspanne, auf die sich die Folgenabschätzung bezieht. Hierbei muss zwischen kurz- und langfristigen Folgen unterschieden werden und entsprechend müssen unterschiedliche Kriterien gewählt werden. Zweitens muss beachtet werden, wer oder was sinnvollerweise als Informationsquelle in Frage kommt. Diese können sich je nach Kriterienbereich unterscheiden. So können Betroffene selber, unmittelbar Involvierte, unabhängige Dritte oder personunabhängige Parameter als Informationsquelle dienen. Für detaillierte Informationen zur Formulierung und Auswahl geeigneter Effektivitätskriterien zur Beurteilung der Folgen von Stressverarbeitung sei auf Weber (1994) verwiesen.

Der nachstehende Überblick über den empirischen Forschungsstand zur Effektivität von Krankheitsverarbeitung ist folgendermassen gegliedert: Als erstes werden jene Studien vorgestellt, die mit psychischen und sozialen Effektivitätskriterien<sup>18</sup>, anschliessend jene, die mit physischen Kriterien gearbeitet haben. Hierbei wird für die Hypothesenbildung bez. (in)effektiver Krankheitsverarbeitungsmodi auch auf Studien zu Krebserkrankungen rekurriert, wo mehr Ergebnisse aus Längsschnittuntersuchungen vorliegen. Studien, die beide Arten von Kriterien benutzt haben, werden mehrmals zitiert.

- Psychische und soziale Effektivitätskriterien

Heim (1991) benutzt eine Metaanalyse als Hintergrund für seine Hypothesenformulierung zu effektiven Verarbeitungsmodi bei Menschen mit Krebs. Folgende Modi wurden als effektiv identifiziert: aktives, zupackendes Verhalten, konstruktive Aktivität<sup>19</sup>, Optimismus, sich mit anderen vergleichen, Selbstwertgefühl aufbauen und die Krankheit akzeptieren. Inkonsistent waren die Ergebnisse bezüglich Dissimilieren<sup>20</sup>, dessen Effektivität vermutlich in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium variierte. In seiner eigenen Studie suchte Heim (1991) nach effizienten Modi bei Frauen im mittleren Alter mit Brustkrebs aus ländlichen Gebieten. Hierbei benutzte er als Effektivitätskriterium das Ausmass an psychosozialer Anpassung an die neue Lebenssituation. Die Ergebnisse zeigten Variationen im Verlauf von zwei Jahren und in Abhängigkeit vom betrachteten Indikator für psychosoziale Anpassung. Beispielsweise zeigten die Patientinnen, die ihre Krankheit stärker herunterspielten, zum Zeitpunkt der Hospitalisierung ein weniger hohes Ausmass an Verzweiflung, als die Frauen, die ihre Krankheit nicht herunterspielten. Insofern hatte eine verleugnende Haltung bei der Hospitalisierung einen Puffereffekt, der jedoch im Verlauf der folgenden zwei Jahre abnahm. Heim folgert vorsichtig für die untersuchte Stichprobe, dass

---

<sup>18</sup> Soziale Effektivitätskriterien werden viel weniger häufig beigezogen als psychische bzw. physische Kriterien.

<sup>19</sup> Konstruktive Aktivität als handlungsbezogener Verarbeitungsmodus beinhaltet, etwas Aufbauendes zu tun, was (evtl. schon lange) ein Bedürfnis war: zum Beispiel Kreativität entfalten, eine Reise machen (Heim 1988).

<sup>20</sup> Dissimilieren als kognitionsbezogener Verarbeitungsmodus beinhaltet die Krankheit herunterspielen, also verleugnen, bagatellisieren und ignorieren (Heim 1988).

Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung und eine stoische Haltung<sup>21</sup> effektive Modi darstellen. Das auf den ersten Blick erstaunliche Resultat, wonach eine stoische Haltung effektiv wirkt, wird dadurch erklärt, dass Stoizismus eine typisch schweizerische Eigenschaft sein könnte, also sozial erwünschtem Verhalten entspricht und deshalb in dieser Stichprobe effektiv ist. Als ineffektiv zeigte sich Resignation und Fatalismus kombiniert mit einer passiven Grundhaltung. Die Studie zeigt neben diesen (in)effektiven Modi auch schön, wie im Krankheitsverlauf unterschiedliche Modi effektiv sein können. Des Weiteren, wie die Effektivität von Modi in Abhängigkeit von psychokulturellen Charakteristika der Stichprobe variieren kann.

HIV-spezifische Studien kommen zur selben Schlussfolgerung bez. effektiver Krankheitsverarbeitung, was auch bedeutet, dass es keine krankheitsspezifischen Variationen in der effektiven sowie ineffektiven Verarbeitung gibt (Eich-Hochli, Niklowitz et al., 1996; Folkman, Chesney et al., 1993; Grassi, Caloro et al., 1997; Grassi, Righi et al., 1998; Leserman, Perkins et al., 1992).

- Physische Kriterien

In der oben bereits angesprochenen Literaturübersicht von (Heim, 1991) wurden bez. biologischer Outcomes folgende effektive Modi identifiziert: aktives, zupackendes Verhalten, teilweise – wahrscheinlich in Abhängigkeit von Krankheitsstadium auch Verleugnung und instrumentale Modi. Des Weiteren gegen die Krankheit rebellieren, Gefühlsausdruck oder Optimismus. In einer Übersichtsarbeit von (Heim, 1988) werden 15 kontrollierte Karzinomstudien hinsichtlich der Effektivität von Stressverarbeitung untersucht. Es handelt sich also um die Krankheitsverarbeitung bei Menschen mit Krebs. Als effektive Verarbeitung zeigte sich Problemanalyse und aktives, zupackendes Verhalten, das auch Zuwendung aus dem Umfeld auslöst. Demgegenüber haben sich fatalistisches Akzeptieren, Passivität, Resignation und Selbstvorwürfe als ineffektiv erwiesen. In den untersuchten Studien wurden hauptsächlich die Überlebensdauer oder die Dauer des rückfallfreien Intervalls als Evaluationskriterien beigezogen. Eine oft zitierte Längsschnittstudie bei Menschen mit Krebs kommt zum Schluss, dass die Krankheitsverarbeitungsmodi Zupacken oder Verleugnung signifikant effektiver sind als jene der stoischen Haltung resp. Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit (Greer, 1988). HIV-spezifische Studien zeigen, dass aktive im Gegensatz zu vermeidender Verarbeitung mit besseren objektiven Gesundheitsparametern zusammenhängt (Goodkin, Blaney et al., 1992; Goodkin, Fuchs et al., 1992; Ironson et al., 1994). Es gibt aber auch Studien, in denen keine Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitungsmodus und physischen Effektivitätskriterien gefunden wurden (Mulder, de Vroome et al., 1999; Petticrew, Bell et al., 2002)

Zusammenfassend kann man festgehalten werden, dass sich unterschiedliche Ergebnisse zeigen können, in Abhängigkeit davon, ob psychische oder physische Effektivitätskriterien zur Beurteilung

---

<sup>21</sup> Akzeptieren und Stoizismus als kognitionsbezogener Verarbeitungsmodus beinhaltet, die Krankheit als schicksalhaft und unabänderlich hinnehmen resp. sie bewusst mit Fassung tragen Ibidem.

beigezogen werden. Dies lässt sich dadurch erklären, dass ein Verhalten – zum Beispiel Drogenkonsum als vermeidende Reaktion auf Stress – für ein Individuum subjektiv effektiv sein kann. Auf den objektiven Gesundheitszustand wirkt sich dieser Modus jedoch negativ aus. Gleichwohl fällt auf, dass obwohl Verarbeitung in den verschiedenen Studien unterschiedlich operationalisiert, ihre Effektivität in kaum vergleichbaren Studiendesigns und mittels unterschiedlicher Kriterien überprüft, sich ähnliche Resultate abzeichnen. So lassen sich die Modi entlang zweier Achsen charakterisieren: sich mit dem Problem auseinandersetzen Modi erweisen sich tendenziell als effektive und passive, vermeidende als ineffektive Krankheitsverarbeitung.

#### *2.5.1.1.2 Ergebnisse zu den Subgruppen*

Der Vergleich zwischen HIV-infizierten Frauen und homosexuellen Männern zeigt Unterschiede in der Ausprägung der Krankheitsverarbeitung. Die homosexuellen Männer wiesen ein höheres Ausmass an vermeidender Verarbeitung auf, die Frauen ein erhöhtes Ausmass an depressiven Symptomen, was ebenfalls einem Krankheitsverarbeitungsmodus entspricht (Semple, Patterson et al., 1996). Krankheitsverarbeitungs-Reaktionen zeigen grundsätzlich geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen reagieren in höherem Ausmass als Männer mit depressiven Symptomen, während Männer eher als Frauen mit Drogenkonsum (auch legalem) und Aggressivität reagieren (Vingerhoets und Van Heck, 1990). Es zeigten sich hingegen Unterschiede zwischen soziokulturell unterschiedlichen Gruppen: Drogeninjizierende zeigten ein tieferes Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung als andere HIV-Infizierte (Gala, Pergami et al., 1993).

#### *2.5.1.2 Soziale Beziehungen*

Bezüglich der sozialen Unterstützungsquellen für Menschen mit HIV haben empirische Studien gezeigt, dass der grösste Teil an sozialer Unterstützung von Partner/innen und nahen Freund/innen stammt, wobei die Lebenspartner/innen einen grossen Teil der privaten Hilfe und v.a. der Pflegeleistungen erbringen. Die Familie und Verwandten spielen vor allem bei homosexuellen Männern eine weniger wichtige Rolle (Crystal und Kersting, 1998; Friedland, Renwick et al., 1996; Kadushin, 1996; McCann und Wadsworth, 1992; Minder, Nal et al., 1995; Serovich, Kimberly et al., 2001; Turner, Hays et al., 1993). Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu Resultaten aus Studien zu anderen Krankheiten, wo Familienmitglieder als unterstützender wahrgenommen wurden als Freund/innen (DiMatteo und Hays, 1981; Ell und Northen, 1990; Hobfoll und Freedy, 1990). Dies wird dadurch erklärt, dass für homosexuelle Menschen, die sich von ihrer Herkunftsfamilie entfernt haben, Freund/innen oft familiäre Rollen übernehmen (Strommen, 1990). Gerade im Zusammenhang mit der Therapieaufnahme kommt den Ärzten/innen eine wichtige Rolle in der Unterstützung zu (Anderson und Weatherburn, 1998). Weitere

wichtige formelle Quellen der Unterstützung sind Personen, die in der Pflege tätig sind (wie Spitex-Mitarbeiterinnen oder Haushalthilfen), aber auch unterstützende Institutionen wie Aids-Hilfen, Aidspfarramt, Betroffenenengruppen usw. (Friedland, Renwick et al., 1996).

Die HIV-spezifische Forschung hat in Bezug auf den Erhalt von sozialer Unterstützung die Lebensstilfaktoren der sexuellen Orientierung und des intravenösen Drogenkonsums als bedeutsam herausgearbeitet. So beeinflusst die persönliche Akzeptanz der eigenen homosexuellen Identität das Ausmass an erhaltener sozialer Unterstützung (Turner, Hays et al., 1993). Die Puffer-Hypothese der sozialen Unterstützung sagt aus, dass die effektivste Unterstützung jene ist, die einen nahen Bezug zu den entsprechenden Belastungsmomenten hat (Cohen und Wills, 1985). HIV-infizierte Personen haben spezifische Stressoren – z.B. Einschränkung der körperlichen Funktionsfähigkeit –, auf die Unterstützung gerichtet werden kann, aber sie haben die zusätzliche Schwierigkeit, dass ihre Krankheit die Unterstützung direkt beeinflusst. Zum Beispiel macht es das Stigma, das der Krankheit anhaftet, schwierig, gewisse Formen der Unterstützung einzufordern (Friedland, Renwick et al., 1996).

Eine HIV-Infektion kann zur erhöhten Beanspruchung sowohl von informellen wie auch von formellen Quellen führen (Pakenham, 1998). Aber wie stehen die informellen und formellen Unterstützungsquellen im Verhältnis zueinander? Kupek et al. (1999) fanden in ihrer Studie zu Menschen mit HIV, dass das Zusammenleben mit einem Partner/einer Partnerin dazu führte, dass weniger soziale Dienste beansprucht wurden, v.a. bei schlechtem Gesundheitszustand. Teilnehmer von Selbsthilfegruppen zeigten unterschiedliches Verhalten in Abhängigkeit vom Zugang zu anderen Unterstützungsquellen: Teilnehmende, die emotionale Unterstützung in der Gruppe suchten, hatten weniger Zugang zu anderen Quellen als Teilnehmer, die v.a. informative Unterstützung brauchten (Sandstrom, 1996). Minder et al. (1995) stellten in ihrer Studie fest, dass die private Hilfe die professionelle weit überwog und dies unabhängig vom Gesundheitszustand. Formelle Unterstützungsquellen werden dementsprechend eher beansprucht, wenn das informelle Unterstützungsnetzwerk die entsprechende Unterstützung nicht bieten kann und wirken somit komplementär. Es ist aber auch möglich, dass Individuen eher ein kumulatives Verhalten bei der Inanspruchnahme von Laienhilfe und professioneller Hilfe zeigen. Wer häufig informelle Unterstützung beansprucht, lässt sich auch häufiger von formellen Quellen unterstützen. Zu diesem Schluss kommen die theoretischen Überlegungen sowie die empirischen Befunde von (Grunow, Breitkopf et al., 1983). Hinsichtlich der Bedeutung des Gesundheitszustands für die sozialen Beziehungen liegen inkonsistente Ergebnisse vor (Friedland, Renwick et al., 1996; Laszig, Clement et al., 1998; Pakenham, 1998).

Der Vergleich verschiedener von HIV betroffenen soziokulturellen Gruppen zeigt folgendes: Die Netzwerke von Drogenkonsumierenden sind oftmals instabil und bieten somit nur wenige zuverlässige Unterstützungsquellen (Hoffmann, Su et al., 1997). Dies steht im Gegensatz zu Ergebnissen bei den homosexuellen Männern, wo wichtigste und engste Bezugspersonen konstant bleiben (Schmid, Hüsler et al., 1993).

Zwischen HIV-infizierten homosexuellen Männern und HIV-infizierten Frauen zeigten sich Unterschiede in der sozialen Unterstützung: Die Frauen sind zufriedener mit der erhaltenen emotionalen Unterstützung als die homosexuellen Männer. Die homosexuellen Männer haben im Vergleich zu den Frauen zwar grössere soziale Netzwerke, bringen aber öfters als die Frauen Einsamkeit zum Ausdruck (Semple, Patterson et al., 1996). Die Geschlechtszugehörigkeit wird generell und in verschiedenen Zusammenhängen als wichtige Determinante für die Ausprägung von sozialen Beziehungen gesehen (Mayr-Leffel, 1991; Thoits, 1996, S. 59ff).

### *2.5.1.3 Soziale Schichtzugehörigkeit*

Bei nach Übertragungsweg unterschiedenen Subgruppen wurde in der Vergangenheit für die Schweiz gezeigt, dass sich die Armutsquoten (definiertes monatliches Budget weniger als Fr. 1'160.-- für einen Einpersonnen Haushalt) unterscheiden (Ledergerber, Egger et al., 1998): Die Armutsquote der homosexuellen Männer ist deutlich geringer (5.3%) im Vergleich zu Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte (22.0%) oder Spritzentausch infizierten (36.5%). Insofern lässt sich hier eine Querverbindung zwischen den vertikalen und horizontalen Indikatoren feststellen: Die homosexuellen Männer stammen eher aus höheren Einkommensschichten als die Drogenkonsumierenden.

## **2.5.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen**

In diesem Abschnitt werden Studien zu den Zusammenhängen zwischen Stressverarbeitung resp. Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen zusammengefasst. Einführend seien die in den theoretischen Ausführungen erläuterten Wirkungen von sozialer Unterstützung im Krankheitsverarbeitungsprozess wiederholt. Die Puffer-Hypothese geht davon aus, dass soziale Unterstützung negative Auswirkungen von Stress reduzieren kann. Soziale Unterstützung kann aber auch die Entstehung von Stress verhindern, so dass keine Stressverarbeitungsreaktionen notwendig sind. Belastend wird die Unterstützung, wenn z.B. die Reziprozitätsnorm nicht erfüllt werden kann. Und schliesslich kann sie die effektive Krankheitsverarbeitung begünstigen.

### *2.5.2.1 Krankheitsverarbeitung und soziale Integration*

In den theoretischen Ausführungen wird ersichtlich, dass soziale Integration das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Zugehörigkeit vermittelt. Gemäss dem additiven Direktmodell treten im Zusammenhang mit Mass der sozialen Integration direkte Effekte auf die Gesundheit auf. Das heisst soziale Integration wirkt positiv auf die Gesundheit und Stressfaktoren wirken unabhängig und parallel negativ auf die Gesundheit. Es zeigt sich aber auch, dass der Verlust oder das Fehlen einer zentralen, sozial erwünschten Beziehung, wie z.B. einer Partnerschaft auch Quelle des Stresserlebens sein kann und dadurch zu



Stressverarbeitungsreaktionen führt. In der vorliegenden Studie wurde soziale Integration aus der Rollenperspektive als Einnehmen der Partner/innen – resp. Berufsrolle operationalisiert. Die Ergebnisse aus der Literatur weisen v.a. auf die förderliche Wirkung von sozialer Integration hin: Für den Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Verarbeitung wurden in der Vergangenheit bei Menschen mit HIV folgende Ergebnisse aufgezeigt: Der effektive Verarbeitungsmodus des Anpackens wurde am besten durch bessere Integration bestimmt. Ineffektive Verarbeitung in Form von Gefühlen der Hilflosigkeit und Stoizismus wurde durch Einsamkeit, also schlechte Integration begünstigt (Nannis, Patterson et al., 1997). Grassi et al. (1998) zeigen, dass inadäquate Stile (d.h. weniger Anpacken, mehr Hoffnungslosigkeit, Fatalismus, ängstliche Voreingenommenheit) und vergleichsweise schlechtere Integration einhergehen. Integration in die AIDS Community in Form von Teilnahme an AIDS-Gruppen und Kontaktpflege mit anderen Menschen mit HIV resultiert in Leserman et al. Studie (1992) in effektiverer Verarbeitung (u.a. Anpacken).

#### *2.5.2.2 Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung*

Wie bei Menschen mit HIV gezeigt wurde, fördert die soziale Unterstützung die effektive Verarbeitung (Wolf, Balson et al., 1991). In verschiedenen Studien wurde ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Stressverarbeitung gefunden: In einer Stichprobe von gut ausgebildeten, arbeitenden Frauen wurde bestimmt, welche psychosozialen Variablen Krankheitsverarbeitungsmodi beeinflussten. Bezüglich sozialer Unterstützung ergaben sich folgende Ergebnisse: Anpacken, also effektive Verarbeitung, wurde am besten durch ein hohes Ausmass an sozialer Unterstützung vorausgesagt, Hilflosigkeit und ein stoischer Stil hingegen durch weniger soziale Unterstützung (Nannis, Patterson et al., 1997). Wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung korrelieren gemäss der Metaanalyse von Laszig et al. (1998) positiv mit aktiver Krankheitsverarbeitung. Grassi et al. (1998) kommen in ihrer Untersuchung zum Schluss, dass ineffektive Krankheitsverarbeitung (d.h. weniger Anpacken, mehr Hoffnungslosigkeit, Fatalismus, ängstliche Voreingenommenheit) und weniger wahrgenommene soziale Unterstützung miteinander zusammenhängen. In einer Längsschnittstudie bei Drogenkonsumenten mit HIV zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen früherer wahrgenommener sozialer Unterstützung und späterer effektiver Krankheitsverarbeitung (Brook, Brook et al., 1997).

McColl et al. (1995) beziehen sich in ihrer Untersuchung bei Erwachsenen mit Rückenmarkverletzungen auf Thoits Modell der sozialen Unterstützung als Krankheitsverarbeitungs-Hilfe (Thoits, 1986). Hierbei ging die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung als Verarbeitungsmodus in die problemfokussierte Verarbeitung ein. In dieser longitudinalen Studie beeinflusste die wahrgenommene soziale Unterstützung zu früheren Zeitpunkten die Krankheitsverarbeitung zu späteren (und nicht umgekehrt) und zwar teilweise positiv, teilweise aber auch negativ. Die negativen Auswirkungen wurden dahin gehend interpretiert, dass je nach Krankheitsphase unterschiedliche Unterstützungsarten notwendig sind. Bei den

Bedürfnissen nicht angepasster, überprotektiver Hilfe kann sie ein Gefühl der Abhängigkeit erzeugen und sich negativ auswirken. Diese Studie konnte neben dem Prozesscharakter der Krankheitsverarbeitung auch die positiven und negativen Auswirkungen von sozialer Unterstützung aufzeigen.

### 2.5.3 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit

Die Forderung, eine allfällige ungleiche Verteilung von effektiver und ineffektiver Krankheitsverarbeitung (resp. Stressverarbeitung) nach Schichtdimensionen zu betrachten, ist schon mehrmals geäußert worden (Broda, 1993, S. 69; Meyer und Buddeberg, 1998; Pearlin, 1989; Pearlin und Schooler, 1978; Thoits, 1996, S. 61ff; Weber, 1994; Weber, 2000). Die Forschungsliteratur zu Zusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit und Stressverarbeitung ist erstaunlich karg. In der bisherigen medizin- und gesundheitspsychologischen Forschung zur Stressverarbeitung resp. zur Krankheitsverarbeitung wurden schichtspezifische Unterschiede weitestgehend ausser Acht gelassen, obwohl anzunehmen ist, dass die Ressourcen "Finanzen" und "Bildung" die Krankheitsverarbeitung beeinflussen<sup>22</sup>. Thoits (1996, S. 61f) z.B. vermutet, dass sich trotz der unterschiedlichen Weise, Stress und Verarbeitung zu erfassen, in verschiedenen Studien konsistente schichtspezifische Unterschiede zeigen würden, wie sich dies auch für die Geschlechtszugehörigkeit gezeigt hat. Gegebenenfalls könnten solche Ergebnisse eine Erklärung für die schichtspezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität liefern. Bedeutsam wird die Klärung sein, ob die allfälligen Unterschiede bei der Stressverarbeitungsreaktionen auf Grund unterschiedlich zu verarbeitenden Stressoren, unterschiedlicher Bewertung von Stressoren oder unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen zu Stande kommen. Thoits bemängelt weiter, dass die Rolle von ökonomischen Ressourcen vernachlässigt wird. Üblicherweise wird das Ausmass an ökonomischen Ressourcen entweder als Indikator für sozioökonomischen Status oder – wenn die Ressourcen eingeschränkt sind – als Indikator für ein Stresserleben aufgefasst. Doch sollte auch in Betracht gezogen werden, dass finanzielle Ressourcen eine stressmindernde Wirkung haben können. Alltagserfahrungen zeigen, dass Individuen für die Verarbeitung von Erlebnissen oftmals auf ihre Finanzen zurückgreifen, z.B. um Unterstützung oder bessere medizinische Versorgung zu beziehen (Thoits, 1996, S. 63). Mit diesen Ausführungen ist der Forschungsbedarf und die mit den Ergebnissen verbundenen Erwartungen umschrieben, empirische Ergebnisse liegen jedoch wie erwähnt sehr wenige vor.

Koopman et al. (2000) zeigte für eine Stichprobe von Menschen mit HIV, dass tieferes Einkommen mit mehr alltäglichem Stress einhergeht, resp. dass ein ausreichendes Einkommen als Puffer gegen Stress dienen kann. (Thoits, 1996, S. 62) weist in ihrem Überblicksartikel darauf hin, dass mit höherer Bildung

---

<sup>22</sup> Eine Literaturrecherche in Sociological Abstracts (1986-2002) und Psyn dex (1977-2002) im April 2002 zu den Begriffen (im Titel oder Keywords) "coping with illness" und "social status" oder "social inequality" oder "social inequity" oder "inequality in health" und "coping" führte zu keinem Treffer.

eher problem-fokussierte Taktiken einhergeht, wenn man die Umschreibung "eine Situation durchdenken" als problem-fokussiert interpretiert. Ein höheres Ausmass an Bildung begünstigt, dass bei auftauchenden Schwierigkeiten auch unkonventionelle Lösungsalternativen erwogen und so belastende Situationen besser bewältigt werden können (Mirowsky und Ross, 1989). Pearlin und Schooler (1978) kommen in ihrer Populationsstudie zum Schluss, dass untere Schichten weniger effektives Bewältigungsverhalten aufzeigen.

## **2.5.4 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit**

Zu diesem Themenbereich wurden sehr wenige HIV-spezifische Studien gefunden, so dass hier auch andere empirische Studien beigezogen werden, die in grösserer Anzahl vorliegen.

### *2.5.4.1 Soziale Integration und Schichtzugehörigkeit*

Empirische Ergebnisse in Bezug auf die ungleichheitsgeprägten Unterschiede in der Verfügbarkeit von engen Beziehungen zeigen, dass Personen mit höherer Ausbildung und mehr Einkommen sich seltener scheiden lassen (House und Kahn, 1985, S. 310). Steinkamp (1993, zitiert in Borgers und Steinkamp, 1994) zeigt, dass Scheidung und chronische Rollenbelastungen in den Partner- und Familienbeziehungen in modernen Gesellschaften von oberen zu unteren Soziallagen zunehmen. Weitere Ergebnisse von Steinkamp (1993, zitiert in Borgers und Steinkamp, 1994, S. 140) weisen auf die in tieferen Schichten herrschende höhere Arbeitsunsicherheit hin. Somit sind Personen aus unteren Schichten vermehrt mit einem allfälligen Verlust der zentralen sozialen Berufsrolle konfrontiert. Kommt eine chronische Erkrankung hinzu, die die körperliche Leistungsfähigkeit einschränkt, kann sich dies vor allem bei den körperlich anspruchsvolleren Tätigkeiten der Unterschichtsberufe auswirken.

In Bezug auf die soziale Integration unabhängig von bestimmten sozialen Rollen zeigen Studienergebnisse, dass Mitglieder mit tieferen Positionen auf den Schichtdimensionen häufiger sozial isoliert sind (Jungbauer-Gans, 2002, S. 157; Röhrle, 1994, S. 198ff). Im Gegensatz dazu findet Ensel (1986) keine sozioökonomischen Unterschiede in der Verfügbarkeit von engen Beziehungen.

#### 2.5.4.2 Soziale Unterstützung und Schichtzugehörigkeit

Das in der Theorie dargestellte Bourdieusche Konzept der Kapitalumwandlung lässt vermuten, dass ein höheres Ausmass an ökonomischem und kulturellem Kapital in ein höheres Ausmass an sozialem Kapital umgesetzt werden kann. Nachstehend werden die empirischen Forschungsergebnisse hierzu zusammengefasst. Ross and Mirowskys (1989) Studie ergab, dass mit höherer Bildung ein höheres Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung zusammenhing. Empirische Ergebnisse weisen grundsätzlich darauf hin, dass sich ein höheres Ausmass an finanziellen resp. kognitiven Ressourcen in einem Mehr an Personen widerspiegelt, die emotionale Unterstützung geben. Dies wird dadurch erklärt, dass die "Pflege" von sozialen Beziehungen von Voraussetzungen abhängt, die von Angehörigen mit mehr finanziellen Ressourcen erfüllt werden können: z.B. Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben durch Telefonate, Kinobesuche mit Freund/innen etc. Des Weiteren ist die Pflege von Sozialbeziehungen von Kompetenzen und Fertigkeiten abhängig, die nicht als ganz unabhängig vom Bildungsniveau gesehen werden können: Mitglieder mit tieferen Positionen geben weniger Unterstützungsquellen an und erfahren weniger soziale Unterstützung v.a. bei schweren Krisen (zusammenfassend siehe z.B. Keupp, 1987, S.38; Laireiter, Ganitzer et al., 1993; Röhrle, 1994, S. 198ff). Forschungsergebnisse aus den Niederlanden weisen auf mangelnde Unterstützung in tieferen Schichten hin (Mackenbach, 1992). Höherer Schulabschluss und Familieneinkommen hingen in Deutschland mit mehr informellen Kontaktmöglichkeiten zusammen (Jungbauer-Gans, 2002, S. 157). Hingegen zeigten Meyer und Suter (1993) für die Schweiz nur geringe Unterschiede im sozialen Netz in Abhängigkeit von Schulbildung. Zwischen Positionen auf den Schichtungsdimensionen und sozialer Unterstützung zeigte sich kein Zusammenhang. Vielmehr zeigte sich die Statusinkonsistenz bedeutsam: Personen mit einem Bildungsdefizit, also mit relativ wenig Bildung und relativ gutem Einkommen, fühlen sich besser unterstützt als Personen mit guter Bildung und relativ tiefem Einkommen (Meyer, 2000). Und Peeters und Branckaerts (1994) schliesslich finden in ihrer Übersicht über europäische Daten keinen Hinweis darauf, dass sich die Qualität von sozialen Netzwerken in höheren und tieferen Schichten unterscheidet.

Betrachten wir als Nächstes, wie Schichtzugehörigkeit mit der Beanspruchung von formellen Quellen zusammenhängt. Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgung haben gezeigt, dass es wichtig ist, zwischen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei morbiditätsinduzierter Inanspruchnahme und vorsorgender bzw. differenzierter Inanspruchnahme zu unterscheiden. Unterschichtsangehörige sind bei der krankheitsinduzierten Inanspruchnahme auf Grund von höheren Prävalenzraten überrepräsentiert, Mittel- und Oberschichtsangehörige hingegen nehmen eher Vorsorgeleistungen und differenziertere Leistungen wie solche von Fachärzten/innen, Masseur/innen, Heilpraktiker/innen in Anspruch (Bormann und Schroeder, 1993; Röckl-Wiedmann, Meyer et al., 2002; Stolpe, 2001).

Ähnliche Muster sind auch bei der Beanspruchung anderer formeller Unterstützungsquellen anzunehmen: Während z.B. das Sozialamt Individuen vor (finanziellen) Notlagen zu schützen sucht und

Schadensminderung betreibt, können die Dienste von anderen formellen Quellen nur mit ausreichenden finanziellen Ressourcen eingekauft werden. Zu denken ist hier z.B. an eine Haushaltshilfe oder an eine Psychotherapie. Wahrscheinlich spielen aber auch schichtspezifische Normen eine Rolle, gerade wenn es darum geht, emotionale Unterstützung in Form einer Psychotherapie zu beanspruchen. So wurde bei Menschen mit Aids gezeigt, dass mit höherer Bildung eher formale Quellen beansprucht werden, die emotionale Unterstützung bieten. Bei den Studienteilnehmenden mit tieferer Bildung standen Quellen, die praktische Hilfe leisteten, im Vordergrund (Wight, LeBlanc et al., 1995). Die Beanspruchung von emotionaler Hilfe kann somit als schichtspezifischer Verarbeitungsmodus aufgefasst werden. Eine Ausnahme scheint die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu sein, wo keine Unterschiede nachgewiesen werden (Kalichman, Sikkema et al., 1996; Peeters und Branckaerts, 1994). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Mitglieder mit tieferer Schichtzugehörigkeit eher formelle Quellen beanspruchen, um fehlende Ressourcen zu kompensieren. Andererseits besteht ein Trend dahin gehend, dass bei höherer Schichtzugehörigkeit formelle Quellen beansprucht werden, deren Dienstleistungen finanziell entgeltet werden müssen. Dies könnte daran liegen, dass entsprechende finanzielle Ressourcen vorhanden sind, dass auf Grund von Bildung Kenntnisse über entsprechende Angebote vorhanden sind und/oder dass die entsprechende Inanspruchnahme von Hilfe in den oberen Schichten eher akzeptiert wird.

## 2.6 Fragestellungen und Hypothesen

Aus den theoretischen Überlegungen und dem Überblick über den empirischen Forschungsstand lassen sich folgende Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit formulieren.

### 2.6.1 Fragestellungen

Ziel der Untersuchung ist es, nach Bedingungen für effektive Krankheitsverarbeitung zu suchen. Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit befasst sich mit Zusammenhängen zwischen der Schichtzugehörigkeit und der effektiven Krankheitsverarbeitung in drei soziokulturell unterschiedlichen Gruppen. Hierbei wird von Interesse sein, inwiefern das Konzept der sozialen Beziehungen als intermediäres Konzept das Bindeglied zwischen der gesellschaftlichen Makro- und der Mikroebene darstellt. Die Beantwortung dieser Fragestellung wird in Etappen erfolgen.

#### 2.6.1.1 *Vergleich der Subgruppen*

Als erstes wird beleuchtet, inwiefern sich die drei Subgruppen hinsichtlich der zentralen Konstrukte unterscheiden. Eine zentrale Annahme der vorliegenden Arbeit ist, dass die soziokulturell geformten Lebenssituationen sich auf die Ausprägung der sozialen Einbindung und der Krankheitsverarbeitung auswirken. Des Weiteren, dass ein Zusammenhang zu den Positionen auf den Schichtdimensionen besteht. Es werden Fragen gestellt wie: Welche Krankheitsverarbeitungsmodi treten in den einzelnen Subgruppen auf? Unterscheiden sich die Subgruppen diesbezüglich? Zu diesem Fragenkomplex werden keine Hypothesen formuliert, da sich dieser Teil der Arbeit auf eine Deskription beschränkt.

#### 2.6.1.2 *Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten*

Da Interdependenzen zwischen den zentralen Konstrukten bestehen können, wird von Interesse sein, inwiefern sich Zusammenhänge in den einzelnen Subgruppen identifizieren lassen. Es werden Fragen zu beantworten sein wie: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Positionen auf den Schichtdimensionen und effektiver Krankheitsverarbeitung?

### 2.6.1.3 Gesamtzusammenhänge

Schliesslich wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich Hinweise dafür ergeben, dass die Schichtzugehörigkeit direkt auf die effektive Krankheitsverarbeitung einwirkt oder indirekt via soziale Einbindung.

## 2.6.2 Hypothesen

### 2.6.2.1 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen

Soziale Beziehungen im Stress- resp. Krankheitsverarbeitungsprozess können drei mögliche Wirkungsweisen haben: (1) sie können verhindern, dass ein Reiz zu einem Stressor wird, also Krankheitsverarbeitungsreaktionen überflüssig machen oder die negativen Effekte von Stress abpuffern, was sich in einem negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an Krankheitsverarbeitung<sup>23</sup> und sozialen Beziehungen äussern würde<sup>24</sup>; (2) sie können selber zur Quelle von Stress werden, wenn eine erwünschte soziale Beziehung fehlt (negativer Zusammenhang)<sup>25</sup>; (3) sie können die effektive Krankheitsverarbeitung fördern (positiver Zusammenhang). Dementsprechend werden für die soziale Integration resp. die soziale Unterstützung folgende alternative Hypothesen formuliert.

#### *Soziale Integration*

Hypothese 1.1: Besser integrierte Personen zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als weniger gut integrierte Personen (negativer Zusammenhang).

Hypothese 1.2: Besser integrierte Personen zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung als weniger gut integrierte Personen (positiver Zusammenhang)

<sup>23</sup> Mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1989), der in dieser Untersuchung eingesetzt wird, werden Reaktionen auf eine chronische Erkrankung erhoben. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass ein höheres Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen ein Gradmesser dafür ist, dass ein höheres Ausmass an Stress empfunden wird.

<sup>24</sup> Es wird angenommen, dass sich ein höheres Ausmass an Stressempfinden in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen äussert. Begründet wird diese Annahme dadurch, dass wenn zum Zeitpunkt der Befragung kein Stressempfinden hinsichtlich der Erkrankung vorliegt, dies sich auch entsprechend in einem tieferen Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen äussert.

<sup>25</sup> Im vorliegenden Datensatz liegen Informationen zum Fehlen einer sozialen Beziehung als mögliche Belastung vor, so dass nur für diese potenzielle Quelle von Stress Hypothesen formuliert werden.

und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung (negativer Zusammenhang).

### *Soziale Unterstützung*

Hypothese 1.3: Personen mit einem höheren Ausmass an sozialer Unterstützung zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als Personen mit einem tieferen Ausmass an sozialer Unterstützung (negativer Zusammenhang).

Hypothese 1.4: Personen mit einem höheren Ausmass an sozialer Unterstützung zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung (positiver Zusammenhang) und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung als Personen mit einem tieferen Ausmass an sozialer Unterstützung (negativer Zusammenhang).

### *2.6.2.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit*

Dieser Fragenkomplex der vorliegenden Arbeit befasst sich mit bisher noch wenig untersuchten Zusammenhängen. Die Ausführungen zu den Zusammenhängen zwischen finanziellen Ressourcen und Krankheitsverarbeitung lassen keine eindeutige Hypothesenformulierung zu, da – ähnlich wie im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen – unterschiedliche Mechanismen vorstellbar sind. Finanzielle Ressourcen können Stress verhindern resp. die Auswirkungen von Stress abpuffern und dadurch Krankheitsverarbeitungsreaktionen überflüssig machen. Ein niedriges Einkommen kann einerseits zur Quelle von Stresserleben werden und dadurch zu einem höheren Ausmass an ineffektiven und/oder effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen führen. Finanzielle Ressourcen können die effektive Krankheitsverarbeitung auch fördern.

Die Ausführungen zur Bedeutung von Bildung sind diesbezüglich eindeutiger, dass nämlich ein höheres Ausmass an kognitiven Ressourcen die effektive Krankheitsverarbeitung fördert. Es werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 2.1: Personen mit einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als Personen mit einem tieferen Ausmass an finanziellen Ressourcen (negativer Zusammenhang).

Hypothese 2.2: Personen mit einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung (positiver Zusammenhang) und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung (negativer Zusammenhang) als Personen mit einem tieferen Ausmass an finanziellen Ressourcen.

Hypothese 2.3: Die Schichtdimension Bildung hängt positiv mit der effektiven Verarbeitung und negativ mit der ineffektiven Verarbeitung zusammen.



### 2.6.2.3 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit

#### 2.6.2.3.1 Soziale Integration

In der Literatur wird die mit höherer Schichtzugehörigkeit einhergehende bessere soziale Integration im sekundären Netz beschrieben, wobei sich in der Integration im primären Netz keine schichtspezifischen Unterschiede zeigen. Umgekehrt lässt sie ein höheres Ausmass an Rollenbelastungen in den unteren Schichten vermuten. Dies führt zur Formulierung folgender Hypothesen:

Hypothese 3.1: Höhere Positionen auf den Schichtdimensionen gehen mit einer Partnerrolle sowie Berufsrolle einher.

Hypothese 3.2: Zwischen den Schichtdimensionen und der wahrgenommenen Integration im primären Netz bestehen keine Zusammenhänge.

Hypothese 3.3: Die soziale Integration im sekundären Netz hängt positiv mit den Schichtdimensionen zusammen.

#### 2.6.2.3.2 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann unterschieden werden in wahrgenommene Unterstützung, die ein allgemeines Mass der subjektiven Einschätzung erhebt, und erhaltene Unterstützung, die festhält, von wem welche Art von Unterstützung erhalten wird. Hierbei wird zwischen informellen und formellen Unterstützungsquellen unterschieden. Diese verschiedenen Unterstützungsgrade hängen unterschiedlich mit den Schichtdimensionen zusammen:

Hypothese 3.4: Personen mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen nehmen ein höheres Ausmass an sozialer Unterstützung wahr (positiver Zusammenhang).

Aus den Forschungsergebnissen zu Zusammenhängen zwischen Unterstützung aus informellen Quellen und Schichtzugehörigkeit lässt sich keine eindeutige Aussage über eine allfällige Assoziation ableiten, so dass alternative Hypothesen formuliert werden.

Hypothese 3.5: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Schichtdimensionen und erhaltener informeller Unterstützung.

Hypothese 3.6: Höhere Positionen auf den Schichtdimensionen gehen mit einem höheren Ausmass an Unterstützung aus informellen Quellen einher. Hierbei handelt es sich insbesondere um emotionale Unterstützung.

Die Forschungsliteratur weist darauf hin, dass je nach Position auf den Schichtungsdimensionen andere Unterstützungsquellen und -arten beansprucht werden. Personen mit höheren Schichten beanspruchen eher formelle Unterstützungsquellen, die emotionale Unterstützung leisten und die finanziert werden

müssen, als Personen aus tieferen Schichten. Für Menschen aus tieferen Schichten können formelle Unterstützungsquellen eine Notlage verhindern. In diesem Sinne wird keine Hypothese über den Zusammenhang zwischen Schichtdimensionen und Ausmass an gesamthaft erhaltener Unterstützung aus formellen Quellen aufgestellt, sondern es werden differenziertere formuliert. Da mit den vorliegenden Daten nicht unterschieden werden kann, ob eine beanspruchte Leistung finanziert worden ist oder nicht, werden die Hypothesen nach Unterstützungsart formuliert.

Hypothese 3.7: Höhere Positionen auf den Schichtdimensionen gehen mit einem höheren Ausmass an emotionaler Unterstützung aus formellen Quellen einher.

Hypothese 3.8: Mit tieferen Positionen auf den Schichtungsdimensionen hängt ein höheres Ausmass an praktischer und informativer Unterstützung aus formellen Quellen zusammen.

#### 2.6.2.4 Gesamtzusammenhänge

Nachdem in den vorherigen Abschnitten die Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten dieser Arbeit betrachtet worden sind, interessiert hier, inwiefern die gegebenenfalls sozial ungleich verteilte soziale Einbindung sich auf die Effektivität der Krankheitsverarbeitung auswirkt.

Hypothese 4.1: Mit höherer Schichtzugehörigkeit geht eine bessere soziale Einbindung einher, die in einem tieferen Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen resultiert.

Hypothese 4.2: Mit höherer Schichtzugehörigkeit geht eine bessere soziale Einbindung einher, die die effektive Krankheitsverarbeitung fördert.

### 3. Methodik

#### 3.1 Studiendesign

Der vorliegende Datensatz stammt aus einer prospektiven Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten, die zwischen 1999 und 2001 durchgeführt wurde<sup>26</sup>. In der Studie wurden Menschen mit HIV, die antiretrovirale Medikamente einnahmen, via Universitätsspital Zürich und Hausärzte/innen rekrutiert. Die Patient/innen (N=106, 99, 95) wurden durch geschulte Interviewer/innen kontaktiert und mittels halbstrukturierten Fragebögen interviewt. Die betreuenden Ärzten/innen erhielten parallel dazu einen Fragenbogen, mit dem unter anderem objektive Daten zum Gesundheitszustand der Patient/innen erhoben wurden. Die Daten dienten dazu, verschiedene Betreuungssituationen von Menschen mit HIV in der Stadt Zürich zu evaluieren. Hierbei wurden drei Betreuungssituationen untersucht: hausärztliche Praxis, Universitätsspital und Betreuung in beiden Institutionen (Nöstlinger, Page et al., 2003; Page, Weber et al., 2003).

Für die vorliegende Arbeit werden diese Daten unter einer weiteren Fragestellung, der nach Zusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialer Unterstützung und Krankheitsverarbeitung, ausgewertet. Es handelt sich also um eine Sekundäranalyse dieser Daten, die wie die erste Studie dank der Unterstützung vom Schweizerischen Nationalfonds durchgeführt werden konnte<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> *SESAM* — Lebensqualität und Patientenzufriedenheit von HIV-infizierten Menschen in verschiedenen Betreuungssettings. Beitragsnummer: 3346-62449.

<sup>27</sup> *SESAM II* — Krankheitsverarbeitung, soziale Unterstützung und sozialer Status bei Menschen, die mit HIV leben. Beitragsnummer: 3346-068904.

### 3.2 Evaluierung der Datenbasis und Bildung von soziokulturellen Subgruppen

In Tabelle 4 ist die Stichprobe der Vorgängerstudie zum ersten Erhebungszeitpunkt ersichtlich. Die Darstellung zeigt, dass es sich um eine heterogene Stichprobe handelt. In der Stichprobe sind 78.3% der Befragten männlich, 39.6 % konsumieren Drogen und 50.9% sind homosexuell. In der Vorgängerstudie beinhaltete die Fragestellung, eine bevölkerungsnaher Stichprobe prospektiv zu begleiten und allfällige Heterogenitäten in den verschiedenen Betreuungssituationen zu beobachten. Für die Sekundäranalyse mit der Fragestellung nach den Zusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung unter Berücksichtigung von horizontalen Ungleichheiten, müssen Wege gesucht werden, um möglichst homogene Subgruppen zu bilden. Die epidemiologischen Daten zu HIV-Infektionen zeigen, dass nicht nach betroffenen "Risikogruppen" unterschieden wird, sondern nach Infektionswegen (vgl. 2.3.3). Da vom Infektionsweg allein nicht auf einen Lebensstil im weitesten Sinne geschlossen werden kann, wurden die Subgruppen folgendermassen gebildet:

Als Indikatoren für die Zugehörigkeit zur Subgruppe der Drogen injizierenden Personen wurden folgende gewählt: a) aktueller oder vergangener Konsum von Kokain, Heroin und/oder Methadon und b) der intravenöse HIV-Infektionsweg musste vorliegen oder möglicherweise vorliegen. Da die theoretischen Ausführungen gezeigt haben, dass die Geschlechtszugehörigkeit bez. der uns hier interessierenden Variablen (insbesondere der sozialen Unterstützung und der Krankheitsverarbeitung) von Bedeutung ist, wird zusätzlich nach Frauen und Männern unterschieden. Zu den homosexuellen Männern wurden jene Männer gezählt, die sich selber als homosexuell bezeichnen. Damit verbunden wird die Annahme, dass Männer, die sich selber als homosexuell bezeichnen, auch zu einem gewissen Grad ein Coming-out hatten und sich im weitesten Sinne zur Gay Community zählen, was auf Grund des homosexuellen Infektionswegs nicht gefolgert werden kann. Überschneidungen zwischen den Gruppen – also Männer, die sich selber als homosexuell bezeichnen, aber sich via intravenösen Ansteckungsweg infiziert haben – wurden aus den Analysen ausgeschlossen (n=6). Alle Angaben beruhen auf Selbstauskünften.

Dieses Vorgehen führte zu den folgenden drei Subgruppen: jene der Drogenkonsumentinnen (n=11), Drogenkonsumenten (n=14) und homosexuelle Männer (n=48). Die restlichen 33 Studienteilnehmer/innen bildeten eine heterogene Gruppe bez. Geschlechtszugehörigkeit (12 Frauen, 21 Männer) und sexueller Orientierung sowie Drogenkonsum (9 heterosexuelle Frauen, 3 Frauen unklare sexuelle Orientierung; 9 heterosexuelle Männer, 3 bisexuelle Männer, 6 Männer, die sowohl homosexuell wie Drogenkonsumierende sind), so dass auf eine Analyse dieser Gruppe verzichtet wird.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der gesamten Stichprobe und der drei in der vorliegenden Arbeit untersuchten Subgruppen

|   | Gesamte<br>Stichprobe<br><br>n = 106     | Drogenkonsumierende<br>Frauen<br>n = 11<br>Männer<br>n = 14 |                                     | Homosexuelle Männer<br><br>n = 48      |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| Männlich (n, %)   | 83 (78.3)                                | 0   | 14 (100)                            | 48 (100)                               |
| Mittleres Alter (SD)  | 39.9 (7.55)                              | 37.73 (3.47)  | 39.07 (5.20)                        | 40.90 (7.76)                           |
| Nationalität (n, %)   |  |   |                                     |  |
| Schweiz   | 87 (82.1)                                | 8 (72.7)  | 10 (71.4)                           | 41 (85.4)                              |
| Nation in Europa (ohne Schweiz)   | 16 (15.1)                                | 2 (18.2)  | 4 (28.6)                            | 6 (12.5)                               |
| Nation in Afrika  | 2 (1.9)                                  |   |                                     | 1 (2.1)                                |
| Missing   | 1 (0.9)                                  | 1 (9.1)   |                                     |  |
| Wohnort   |  |   |                                     |  |
| Stadt Zürich  | 57 (53.8)                                | 3 (27.3)  | 5 (35.7)                            | 31 (64.6)                              |
| Kanton Zürich   | 30 (28.3)                                | 7 (63.6)  | 6 (42.9)                            | 12 (25)                                |
| Anderes   | 19 (17.9)                                | 1 (9.1)   | 3 (21.4)                            | 5 (10.4)                               |
| Gesundheitszustand  |  |   |                                     |  |
| Tiefster jemals gemessener CD4-Wert (Mittelwert, SD, Median, range)         | 177.85 (172.3, 132.5, 0 - 760)           | 144.64 (205.96; 109; 0 - 730)                               | 214.79 (104.40; 199; 55 - 450)      | 177.27 (178.49, 113, 0 - 760)          |
| Aktueller CD4-Wert (SD, median, range)                                      | 410.24 (260.63; 352.00; 29 - 1390)       | 432.55 (355.05; 320; 140 - 1390)                            | 380.93 (223.26; 311.50; 199 - 1023) | 425.64 (242.76; 398; 29 - 1170)        |
| Missing   |  |   |                                     | 3                                      |
| Mittlere Anzahl Jahre seit Diagnose bekannt (SD, median, range)             | 8.15 (4.62; 8.71, 3 Monate - 16.1 Jahre) | 12.82 (2.12; 13.11, 8 - 16)                                 | 10.30 (4.53; 12.5, 3.61 - 15)       | 7.44 (4.75; 8, 3 Monate - 16.1 Jahre)  |
| Mittlere Anzahl Jahre mit antiretroviralen Medikamenten (SD, median, range) | 2.90 (2.03; 2.58, 2 Monate-13 Jahre)     | 3.62 (2.3; 2.92, 3 Monate - 8 Jahre)                        | 3.15 (1.75; 2.25, 1.75- 7.0)        | 3.09 (2.39; 2.63, 3 Monate - 13 Jahre) |
| Missing   |  |   | 1                                   | 4                                      |
| Drogenkonsum (Heroin, Kokain, Methadon) (n, %)                              | 42 (39.6)                                | 11 (100)  | 14 (100)                            | 0                                      |
| Homosexuell (n, %)  | 54 (50.9)                                | 0   | 0                                   | 48 (100)                               |
| Missing   | 8 (7.5)                                  |   |                                     |  |
| Infektionsweg (n, %)  |  |   |                                     |  |
| Homosexueller Kontakt   | 50 (47.2)                                |   |                                     | 43 (89.6)                              |
| Heterosexueller Kontakt   | 16 (15.1)                                |   |                                     |  |
| Unklar, ob homo- oder heterosexueller Kontakt                               | 3 (2.8)                                  |   |                                     |  |
| Spritzentausch  | 15 (14.2)                                | 5 (45.5)  | 9 (64.3)                            |  |
| Unklar, ob sexueller Kontakt oder Spritzentausch                            | 11 (10.4)                                | 6 (54.5)  | 5 (35.7)                            |  |
| Bluttransfusion / Operation   | 2 (1.9)                                  |   |                                     |  |
| Unbekannt   | 6 (5.7)                                  |   |                                     | 3 (6.3)                                |
| Anderer Weg   | 2 (1.9)                                  |   |                                     | 1 (2.1)                                |
| Missing   | 1 (0.90)                                 |   |                                     | 1 (2.1)                                |

| <i>Tabelle 4 fortgesetzt</i>                          | Gesamte<br>Stichprobe<br><br>N = 106 | Drogenkonsumierende<br>Frauen<br>n = 11<br><br>Männer<br>n = 14 |           | Homosexuelle Männer<br><br>n = 48 |
|---|--------------------------------------|---|-----------|-----------------------------------|
| Monatliches Nettoeinkommen in Fr.<br>(n, %)           |                                      |   |           |                                   |
| < 3999  | 53 (50.0)                            | 7 (63.6)  | 11 (78.6) | 17 (35.4)                         |
| 4000 – 5999   | 30 (28.3)                            | 4 (36.4)  | 3 (21.4)  | 16 (33.3)                         |
| > 6000  | 23 (21.7)                            |   |           | 15 (31.3)                         |
| Höchste abgeschlossene Ausbildung<br>in Jahren (n, %) |                                      |   |           |                                   |
| 9   | 21 (19.8)                            | 4 (36.4)  | 6 (42.9)  | 6 (12.5)                          |
| 10 – 13   | 57 (53.8)                            | 6 (54.5)  | 5 (35.7)  | 29 (60.4)                         |
| > 13  | 28 (26.4)                            | 1 (9.1)   | 3 (21.4)  | 13 (27.1)                         |

Für die vorliegende Arbeit werden ausschliesslich die Ergebnisse der Baseline-Daten verwendet. Die Ergebnisse aus den Berechnungen zu den beiden anderen Zeitpunkten zeigten zum Teil ähnliche Resultate, wie die Berechnung zum ersten Erhebungszeitpunkt. Dort, wo Unterschiede bestehen, ist die Stichprobe zu klein, um die Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten interpretieren zu können. Der Nachteil dieser Beschränkung auf den ersten Erhebungszeitpunkt liegt jedoch darin, dass die Berechnungen keine Auskunft über die Kausalrichtung geben und den Dynamiken der hier diskutierten Prozesse nicht Rechnung getragen werden kann.

### 3.3 Operationalisierung der zentralen Variablen

Im folgenden Abschnitt werden die Operationalisierung und deren Verteilung in den drei betrachteten Subgruppen dargestellt. Zur Erinnerung soll darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Arbeit nach Zusammenhängen zwischen Krankheitsverarbeitung, sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit gesucht wird. Krankheitsverarbeitung wird in Anlehnung an die Definition von Lazarus und Folkman (1984) resp. Heim (1986) definiert als "die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern" (Muthny, 1989, S. 5) (vgl. auch 2.1.1). Die entsprechende Operationalisierung ist im Abschnitt 3.3.1 beschrieben.

Soziale Beziehungen wird gemäss dem Modell von House, Umberson et al., (1988) als Überbegriff für die folgenden drei Konstrukte benutzt: i) Soziale Integration/Isolation, ii) Struktur des sozialen Netzwerks und iii) die drei Funktionen von sozialen Beziehungen nämlich soziale Unterstützung, soziale Kontrolle, Anforderungen. Im vorliegenden Datensatz kann das Ausmass an sozialer Integration und an sozialer Unterstützung betrachtet werden. Die genaue Operationalisierung ist im Abschnitt 3.3.2 nachzulesen. Schichtzugehörigkeit wird mittels der beiden Dimensionen Einkommen und Bildung erhoben (vgl. 3.3.3).

### 3.3.1 Krankheitsverarbeitung

Die Krankheitsverarbeitung wurde mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) (Muthny, 1989) erhoben<sup>28</sup>. Das Verfahren erfasst ein breites Spektrum von Formen der Krankheitsverarbeitung anhand von 35 Items, die den Verarbeitungsebenen des Verhaltens, der Emotion und Kognition zugeordnet sind. Es handelt sich dabei um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung. Der/die Patient/in ist aufgefordert, die Items, die als Selbstaussagen<sup>29</sup> formuliert sind, bezogen auf die vergangenen 7 Tage dahingehend zu beantworten, wie stark die jeweilige Aussage zutrifft (von 1 = "gar nicht" bis 5 = "sehr stark"). Aus den 35 Items hat Muthny fünf Skalen gebildet, wobei 12 Items keiner Skala zugeordnet werden konnten. Diese blieben trotzdem im Erhebungsinstrument enthalten, da sie als eigenständig verstanden werden.

Die von Muthny erarbeitete Struktur konnte mit unserer Stichprobe faktoranalytisch nicht genau reproduziert werden und Versuche, mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (Byrne, 2001) eine neue Struktur zu konstruieren, führten zu keinem befriedigenden Ergebnis. Deshalb wird die Struktur, wie von Muthny erarbeitet, übernommen. In unserer Stichprobe zeigt sich, dass von den 35 Items, die von Muthny keiner Skala zugeordnet werden, zwei Items in allen Subgruppen sehr häufig gewählt werden (Daten hier nicht aufgeführt). Es handelt sich um "Genau den ärztlichen Rat befolgen" und "Vertrauen in die Ärzte/innen setzen". Diese beiden Items werden zu einer neuen Skala verarbeitet und – in Anlehnung an eine Skala, die in der FKV-Langversion gebildet wird (Muthny, 1989) – "Compliance und Arztvertrauen" genannt. Die Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) aller sechs Skalen sind für die drei Gruppen jenen von Muthny gegenübergestellt (siehe Tabelle 5). Die Werte sind nicht überall zufrieden stellend, vermutlich weil einzelne Reaktionen, die mittels den Skalen zu Grunde liegenden Items erhoben wurden, sehr selten angegeben wurden. Die Skalen werden gleichwohl weiterverfolgt, da sie in früheren Studien validiert wurden.

<sup>28</sup> Bezogen auf Itemzahl und Itemformulierungen existieren zwei Versionen des FKV. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Kurzversion eingesetzt. Die ausführlichere Form enthält 102 Items mit ausführlichen Itemformulierungen in ganzen Sätzen.

<sup>29</sup> Z.B. "Informationen über die Erkrankung und Behandlung suchen"

Tabelle 5: Reliabilitäten der Krankheitsverarbeitungsmodi

| Krankheitsverarbeitungsmodi   | Muthny, 1989 | Drogenkonsumierende<br>Frauen<br>n = 11 | Männer<br>n = 14 | Homosexuelle Männer<br>n = 48 |
|---|--------------|---|------------------|-------------------------------|
| Depressive Verarbeitung (5 Items)<br>(z.B. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren)       | .77          | .28                                     | .40              | .66                           |
| Aktives problemorientiertes Coping (5 Items)<br>(z.B. Einen Plan machen und danach handeln)   | .73          | .78                                     | .78              | .68                           |
| Ablenkung und Selbstaufbau (5 Items)<br>(z.B. Sich mehr gönnen)                               | .71          | .55                                     | .74              | .51                           |
| Religiosität und Sinnsuche (5 Items)<br>(z.B. Die Krankheit als Schicksal annehmen)           | .68          | .48                                     | .75              | .70                           |
| Bagatellisierung und Wunschdenken (3 Items)<br>(z.B. Wunschträumen und Tagträumen nachhängen) | .73          | .63                                     | .24              | .34                           |
| Compliance und Arztvertrauen (2 Items)<br>(siehe Ausführungen im Text).                       | (neu)        | .52                                     | .58              | .78                           |

Mit den Verarbeitungsmodi sind vorerst Reaktionen beschrieben. Sie sagen noch nichts über den Erfolg oder die Effektivität der Verarbeitung aus. In der Forschungsliteratur werden aktive, problemlösungsorientierte Verarbeitungsmodi als Reaktionen bezeichnet, die die Verarbeitung von Stresssituationen fördern. Wie in den theoretischen Ausführungen dargestellt wurde, ist diese Zugangsweise in der Vergangenheit kritisiert worden, so dass hier zusätzlich zur Abstützung auf vergangene Studien eine empirische Bestimmung von effektiven Verarbeitungsmodi angestrebt wird. Als Kriterium wird auf subjektiver Ebene die Zufriedenheit mit der eigenen Krankheitsverarbeitung beigezogen (ein Item: Ich bin damit zufrieden, wie ich meine Krankheit bewältige; die fünf Antwortoptionen reichen von (1) "stimmt überhaupt nicht" bis (5) "stimmt sehr"). Weber (1994, S. 45) schlägt die Zufriedenheit aus Sicht der Betroffenen als Effektivitätskriterium vor, das die Folgen der Verarbeitung im subjektiven Bereich erfassen kann.

### 3.3.2 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen bestehen gemäss dem Modell von (House, Umberson et al., 1988) aus drei Konstrukten, die es empirisch und theoretisch voneinander zu unterscheiden gilt. Es handelt sich hierbei um die soziale Integration, die Struktur des sozialen Netzwerks und die Funktionen von sozialen Beziehungen (soziale Unterstützung, soziale Kontrolle und Belastungen). Im vorliegenden Datensatz können die soziale Integration, verschiedene Aspekte der sozialen Unterstützung sowie mögliche Belastungen auf Grund von fehlenden sozialen Beziehungen beleuchtet werden. Auf die genauen Operationalisierungen wird anschliessend eingegangen.



### 3.3.2.1 Soziale Integration

Soziale Integration aus der Rollenperspektive betrachtet, beinhaltet das Innehaben zentraler Rollen. Mit dieser Operationalisierungsweise stellt sich vorerst die Frage nach der Auswahl von zentralen Rollen. Eine Rolle wird dann als zentral erachtet, wenn sie die Lebenssituation eines Individuums massgeblich beeinflusst und entsprechende Aufgaben, Pflichten und Rechte mit sich bringt. Im vorliegenden Datensatz können drei Rollen operationalisiert werden: die Partner-, die Berufs- und die Elternrolle.

Damit angenommen werden kann, dass eine Rolle die Lebenssituation tatsächlich massgeblich beeinflusst, wurden folgende Bedingungen bestimmt: Eine Partnerschaft wurde als gegeben angesehen, wenn jemand angab eine Partnerschaft zu haben und mit dem Partner, mit der Partnerin zusammenzuwohnen. Auf ähnliche Weise wurde auch die Elternschaft definiert. Kinder zu haben allein reichte nicht, um für die Elternrolle zu qualifizieren. Vielmehr zählte das Zusammenleben mit ihnen. Denn nur so kann angenommen werden, dass die Rolle tatsächlich auch den Alltag der Befragten beeinflusst. Zum Innehaben einer Berufsrolle wurden alle Tätigkeiten gezählt – auch eine Teilzeitanstellung oder die Teilnahme an einem Integrationsprojekt für Erwerbslose.

Zusätzlich zur Erhebung von sozialer Integration durch das Innehaben von sozialen Rollen kann in diesem Datensatz auch die wahrgenommene soziale Integration betrachtet werden. In der subjektiven Wahrnehmung kann sich das Gefühl der sozialen Einbindung spiegeln, das vielleicht auf andere Rollen als derjenigen der Partnerschaft oder der Erwerbstätigkeit zurückzuführen ist. Diese Rollen können für ein Individuum zentral sein und ebenso als massgebliche Quelle der Sinnvermittlung dienen (z.B. Rolle als Bruder). Die subjektive Wahrnehmung der Integration im primären Netz, also der engsten Bezugspersonen, wurde mit dem Item "Ich fühle mich meinem Partner/meiner Partnerin oder der Person, die mir am nächsten steht, eng verbunden" erhoben. Es können somit auch soziale Beziehungen, die letztlich auch sozialen Rollen entsprechen, zu Personen ausserhalb einer Partnerschaft berücksichtigt werden. Die Integration im sekundären Netz, also zu Personen, zu denen eine weniger enge Beziehung besteht, die aber ebenso wichtig sein können bez. verschiedener Funktionen wurde mit dem Item "Ich stehe meinen Freund/innen nahe" erhoben. Es standen fünf Antwortoptionen zur Auswahl (von (1) "stimmt überhaupt nicht" bis (5) "stimmt sehr").

### 3.3.2.2 Soziale Unterstützung

Es liegen verschiedene Masse zur sozialen Unterstützung vor:

- Die wahrgenommene Unterstützung wurde mittels eines Items erfasst: "Wenn ich Hilfe brauche, habe ich Menschen, die mir zur Seite stehen". Diesbezüglich standen fünf Antwortoptionen zur Auswahl. Sie reichten von (1) "stimmt überhaupt nicht" bis (5) "stimmt sehr".
- Zur Erhebung der krankheitsbezogenen erhaltenen Unterstützung wurde ein standardisierter Fragebogen konstruiert. Auf die Frage "Von wem erhalten Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung Unterstützung?" konnten aus einer Liste von formellen (z.B. Ärztin) und informellen Unterstützungsquellen (z.B. Partnerin) die zutreffenden gewählt werden. Hierbei wurde auf einer Skala, die von 0 (nicht vorhanden) bis 5 (sehr wichtig) reichte, angegeben, wie wichtig die entsprechende Unterstützungsquelle ist. Aus der Liste möglicher Unterstützungsquellen, die den Studienteilnehmer/innen zur Auswahl vorgelegt wurde, wurden jene gezählt, die auf einer von 1 bis 5 reichenden Skala in ihrer Bedeutung für das Individuum mind. eine 3 zugewiesen bekamen. Pro so identifizierter Unterstützungsquelle wurden die geleisteten Unterstützungsarten, also emotionale, informative und/oder praktische Unterstützung gezählt. Die auf diese Weise gebildete Skala wird mit der erhaltenen Unterstützung gesamt betrachtet. Werden die Unterstützungsquellen nach formellen resp. informellen Quellen unterschieden und dann die erhaltenen Unterstützungsarten summiert, ergibt sich die erhaltene informelle resp. die erhaltene formelle Unterstützungsskala.

### 3.3.3 Schichtzugehörigkeit

Die Schichtzugehörigkeit wird mittels der beiden Dimensionen Einkommen und Bildung operationalisiert. Es wurde das monatlich zur Verfügung stehende Nettoeinkommen erfragt. Auf einer Skala zwischen Fr. 0.-- und Fr. 8'000.--, mit einer gegen oben offenen Kategorie (> als Fr. 8'000.--), konnte der entsprechende Wert angegeben werden. Da die monetären Bedürfnisse von Haushalten sich nicht proportional zur Haushaltsgrösse verändern, sondern mit steigender Grösse unterproportional ansteigen, müssen Wege gefunden werden, um das Einkommen Einzelner miteinander vergleichbar zu machen. Dies geschieht, indem die Anzahl Personen (Erwachsene resp. Kinder), die von diesem Einkommen leben, und die Charakterisierung der Haushaltsstruktur (d.h. wer mit wem zusammen lebt) mittels so genannten Äquivalenzskalen berücksichtigt werden (Gerfin und Wanzenried, 2001). Für die vorliegenden Daten werden die in der Sozialpolitik gebräuchlichen Skalen verwendet (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, 1997) und entsprechend gewichtet.

Die Angaben zum Einkommen wurden kategorisiert. Damit die Zellenbesetzung ausreichend ist, werden die Angaben auf drei Kategorien reduziert.

Die Ausbildung wurde im Fragebogen anhand der höchsten erreichten Schulstufe erfasst. Die Antwortoptionen reichten von "1" obligatorischer Schulbildung bis "5" Universität. Da sich in den Randzellen verhältnismässig wenige Personen befinden, wurden die Angaben in Anzahl Jahre umgerechnet und auf drei Stufen reduziert.

### 3.4 Statistische Analysen

Im grössten Teil der Analysen wird die Enge allfälliger Zusammenhänge betrachtet, die mittels des Korrelationskoeffizienten, der Werte zwischen +1 und -1 annehmen kann, charakterisiert wird (Bortz, 1999, S. 173). Auf Grund der kleinen Stichprobe sowie der ordinalskalierten und dichotomen Merkmale wird ein verteilungsfreies Verfahren eingesetzt, nämlich die Rangkorrelation  $\tau$  (Tau) von Kendall. Mit diesem Verfahren kann der monotone Zusammenhang zweier abhängiger Rangreihen bestimmt und überprüft werden. Im Gegensatz zur Rangkorrelation von Spearman geht die Rangkorrelation von Kendall nicht von der impliziten Annahme aus, dass aufeinander folgende Rangzahlen äquidistante Merkmalsabstände abbilden (Bortz und Lienert, 2003, S. 266).

Auch bei den übrigen Analysen werden vornehmlich verteilungsfreie Verfahren eingesetzt, vor allem auf Grund der ordinalskalierten Variablen. Auf eine detaillierte Verfahrensbeschreibung wird hier verzichtet, da sie in üblichen Statistik-Lehrbüchern nachgelesen werden kann. Konkret handelt es sich um folgende Verfahren:

- Bei Mittelwertvergleichen zwischen zwei abhängigen Stichproben der Vorzeichenrangtest von Wilcoxon
- Werden mehrere abhängige Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz verglichen, wird die Rangvarianzanalyse von Friedman durchgeführt (Bortz und Lienert, 2003, S. 186).
- Für Mittelwertvergleiche in k unabhängigen Stichproben wird ebenfalls ein nicht-parametrischer Test durchgeführt, weil die Voraussetzungen für eine einfaktorielle Varianzanalyse als nicht gegeben angenommen werden müssen, was insbesondere bei ungleich grossen und kleinen Stichproben ins Gewicht fällt (Bortz, 1999, S. 276). Der H-Test von Kruskal und Wallis wird als nicht-parametrisches Pendant zur einfaktoriellen Varianzanalyse durchgeführt, um die zentrale Tendenz in den Subgruppen zu vergleichen (Bortz und Lienert, 2003, S. 160ff). Ein signifikantes Ergebnis besagt, dass die Nullhypothese gleicher zentraler Tendenz nicht zutrifft, bzw. dass mindestens eine der k Populationen eine andere zentrale Tendenz aufweise als eine andere der k Populationen. Beim Vergleich von kategorialen Merkmalen kommt ein  $\chi^2$ -Test zur Anwendung.
- Wo andere Verfahren benutzt werden, wird in der Darstellung der Ergebnisse darauf hingewiesen und ein Kommentar angefügt.

Auf Grund der kleinen Gruppengrößen ist noch auf die Bedeutung von Effektgrößen hinzuweisen. Als Richtgrößen können folgende Angaben angenommen werden (an der Rangkorrelation  $\tau$  von Kendall illustriert):  $\tau = 0.5$  entspricht einem grossen,  $\tau = 0.3$  einem mittleren und  $\tau = 0.1$  einem kleinen Zusammenhangseffekt. In kleinen Stichproben können nur relativ starke Effekte, also  $\tau > 0.3$  signifikant werden (Bortz und Lienert, 2003, S. 54). Deshalb wird das Signifikanzniveau auf 10% erhöht (Cohen, 1988). Für gerichtete Hypothesen werden einseitige, für ungerichtete Hypothesen zweiseitige Tests durchgeführt. Die Berechnungen wurden mit SPSS 11 Version 11.0.1 (Brosius, 2002) durchgeführt.

## 4. Empirische Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse vorgestellt. Das Vorgehen bei den nun folgenden Analysen lässt sich mit folgender Abbildung verdeutlichen.

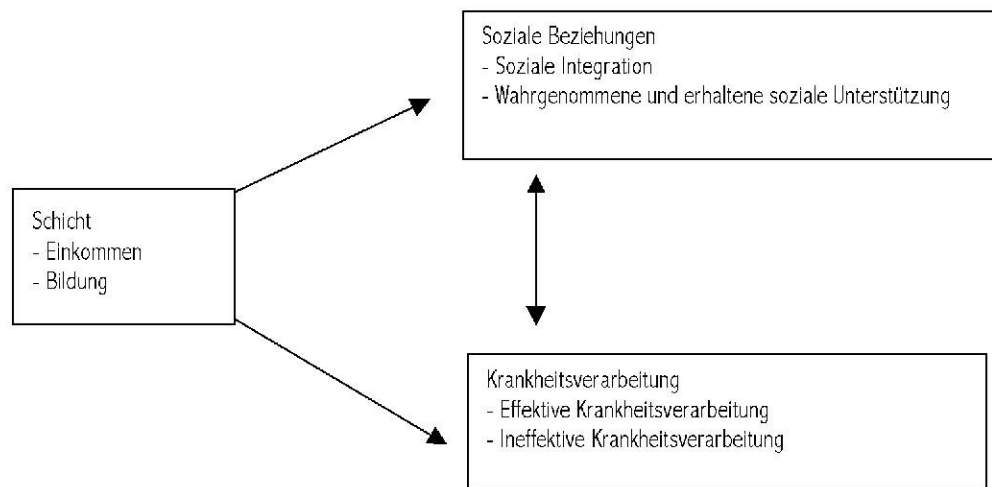


Abbildung 4: Vorgehen bei den Analysen

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit befasst sich mit Zusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und effektiver Krankheitsverarbeitung in drei soziokulturell unterschiedlichen Gruppen. Die Beantwortung dieser Fragestellung wird in Etappen erfolgen.

- Unter 4.1 werden die untersuchten Subgruppen hinsichtlich zentraler Merkmale und der uns hier interessierenden Konstrukte charakterisiert.
- Abschnitt 4.2 analysiert die Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung.
- Mit der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und Krankheitsverarbeitung wird in dieser Arbeit ein noch selten bearbeitetes Gebiet behandelt. Die entsprechenden Analysen werden im Abschnitt 4.3 dargestellt.
- Mit der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und sozialen Beziehungen (4.4) werden soziale Beziehungen in grössere makrosoziologische Konzepte eingebettet. Es wird sowohl nach allfällig sozial ungleich verteilten sozialen Ressourcen, aber auch nach Belastungen auf Grund von Beziehungen gesucht.

- 4.5 schliesslich analysiert die Gesamtzusammenhänge zwischen den drei Konstrukten. Es wird zu untersuchen sein, inwiefern sich Belege finden für die vermuteten positiven Zusammenhänge zwischen der über die soziale Schichtzugehörigkeit vermittelten sozialen Einbindung und der effektiven Krankheitsverarbeitung.

In den einzelnen Abschnitten werden jeweils die zu bearbeitenden Teilfragestellungen formuliert, bevor die eigenen Berechnungen dargestellt werden. Mit der Beantwortung der formulierten Teilfragen bildet jeder Abschnitt einen in sich abgeschlossenen Teil.

## 4.1 Vergleich der Subgruppen

In diesem ersten Abschnitt werden die drei soziokulturellen Subgruppen der Drogenkonsumentinnen, Drogenkonsumenten und homosexuellen Männer einander bez. der in dieser Arbeit zentralen Variablen gegenübergestellt. Ziel dieser Ausführungen ist es, die Subgruppen näher zu umschreiben. Obwohl allfällige Unterschiede zwischen den Subgruppen in der vorliegenden Arbeit von sekundärer Bedeutung sind, werden sie hier als Erstes behandelt, da sie für die Interpretation der weiteren Berechnungen von Interesse sein können. Zu diesem Fragenkomplex wurden keine Hypothesen aufgestellt, da es sich um eine Charakterisierung der Subgruppen handelt.

### 4.1.1 Untersuchte Fragestellungen

Folgende Teilfragestellungen gilt es zu behandeln:

#### *Soziodemografische und HIV-spezifische Angaben*

- Unterscheiden sich die Subgruppen diesbezüglich?

#### *Krankheitsverarbeitung*

- Welche Krankheitsverarbeitungsmodi treten auf?
- Welche Krankheitsverarbeitungsmodi sind bez. des subjektiven Kriteriums als effektiv einzustufen?
- Lassen sich die Anzahl Modi auf zwei Faktoren reduzieren?

#### *Soziale Beziehungen*

- Welche Unterstützungsquellen werden genannt?
- Wie stehen die informellen und formellen Quellen zueinander? Konkret wird die subjektive Bedeutung der Unterstützungsquellen für die Individuen miteinander verglichen, aber auch, inwiefern sich die informellen und formellen Quellen in ihren Leistungen ergänzen oder ob ein kumulatives Verhalten festzustellen ist.
- Welche Unterstützungsarten werden von den informellen resp. den formellen Quellen geleistet?

#### *Schichtzugehörigkeit*

- Welche Positionen auf den Schichtdimensionen nehmen die Subgruppen ein?
- Ist eine Statusinkonsistenz im Sinne eines Bildungsüberschusses auszumachen?

## 4.1.2 Ergebnisse

### 4.1.2.1 Soziodemografische Merkmale

Als Indikatoren für die Zugehörigkeit zu einer soziokulturellen Subgruppe dienten das Geschlecht, die sexuelle Orientierung und der aktuelle oder vergangene Gebrauch von bestimmten Drogen (resp. Methadon) in Kombination mit Infektionsweg. Dementsprechend sind die Männer mit homosexuellen Orientierung von der Gruppe der Drogenkonsumenten ausgeschlossen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Soziodemografische Angaben zu den drei Subgruppen

|  | Drogenkonsumierende |                  | Homosexuelle Männer |
|--|---------------------|------------------|---------------------|
|  | Frauen<br>n = 11    | Männer<br>n = 14 | n = 48              |
| Männlich*  | 0                   | 14 (100%)        | 48 (100%)           |
| Drogenkonsum (Heroin, Kokain, Methadon)*         | 11 (100%)           | 14 (100%)        | 0                   |
| Homosexuell*                                     | 0                   | 0                | 48 (100%)           |
| Infektionsweg*                                   |                     |                  |                     |
| Homosexueller Kontakt                            |                     |                  | 43 (89.6%)          |
| Heterosexueller Kontakt                          |                     |                  |                     |
| Unklar, ob homo- oder heterosexueller Kontakt    |                     |                  |                     |
| Spritzentausch                                   | 5 (45.5%)           | 9 (64.3%)        |                     |
| Unklar, ob sexueller Kontakt oder Spritzentausch | 6 (54.5%)           | 5 (35.7%)        |                     |
| Bluttransfusion/Operation                        |                     |                  |                     |
| Unbekannt  |                     |                  | 3 (6.3%)            |
| Anderer Weg                                      |                     |                  | 1 (2.1%)            |
| Missing  |                     |                  | 1 (2.1%)            |
| Mittleres Alter (SD)                             | 37.73 (3.47)        | 39.07 (5.20)     | 40.90 (7.76)        |
| Nationalität                                     |                     |                  |                     |
| Schweiz  | 8 (72.7%)           | 10 (71.4%)       | 41 (85.4%)          |
| Nation in Europa (ohne Schweiz)                  | 2 (18.2%)           | 4 (28.6%)        | 6 (12.5%)           |
| Nation in Afrika                                 |                     |                  | 1 (2.1%)            |
| Missing  | 1 (9.1%)            |                  |                     |
| Wohnort  |                     |                  |                     |
| Stadt Zürich                                     | 3 (27.3%)           | 5 (35.7%)        | 31 (64.6%)          |
| Kanton Zürich                                    | 7 (63.6%)           | 6 (42.9%)        | 12 (25%)            |
| Andere   | 1 (9.1%)            | 3 (21.4%)        | 5 (10.4%)           |

\* Angaben, die als Indikatoren für die Zugehörigkeit zu einer soziokulturellen Subgruppe benutzt wurden.



Ausschliesslich beim Alter konnte ein Signifikanztest gerechnet werden, der jedoch keinen signifikanten Unterschied zeigte. Die anderen Gruppenvergleiche, die mittels  $\chi^2$ -Test gerechnet wurden, ergaben kein Ergebnis, da die erwarteten Häufigkeiten in mehr als 20% der Kategorien kleiner als fünf waren. Deskriptiv lassen sich folgende Ergebnisse festhalten: Die Drogenkonsumentinnen sind ein wenig jünger als die Drogenkonsumenten sowie die homosexuellen Männern. Der weitaus grösste Anteil der Befragten aller Gruppen stammt aus der Schweiz und wohnt im Kanton Zürich. Von den homosexuellen Männern wohnt im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ein höherer Anteil in der Stadt Zürich.

#### 4.1.2.2 HIV-spezifische Angaben

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Fragestellung bei Menschen mit HIV sind folgende Eckdaten von Bedeutung: i) der objektiv messbare Gesundheitszustand, ii) Dauer, seit HIV-Infektion bekannt ist und iii) Dauer, seit mit einer antiretroviralen Therapie behandelt wird. Diese drei Aspekte werden nachstehend behandelt.

Zuerst ein paar Erklärungen zu den objektiven Werten für den Gesundheitszustand. Die Zahl der Helferzellen, gemessen pro Mikroliter ( $\mu$ ) Blut (der so genannte CD4-Wert), gibt Auskunft über den Zustand des Immunsystems: Je weniger Helferzellen vorhanden sind, desto ausgeprägter ist die Immunschwäche. Ein tieferer Wert als 200 CD4 pro  $\mu$  wird als klinisch bedenklich betrachtet. In der vorliegenden Untersuchung werden folgende Parameter berücksichtigt: einerseits der tiefste jemals gemessene CD4-Wert als Indikator für den allgemeinen Zustand des Immunsystems, andererseits der aktuelle CD4-Wert als Indikator für den momentanen Gesundheitszustand.

In Tabelle 7 sind die Werte der drei Subgruppen ersichtlich. Hierbei werden die Mediane miteinander verglichen, da die Angaben stark streuen können. Anhand des tiefsten jemals gemessenen CD4-Wertes wird ersichtlich, dass auf der Gruppenebene die Drogenkonsumentinnen und die homosexuellen Männer sehr ähnliche Werte erreichen (109 resp. 113 CD4 pro  $\mu$ ). In der Gruppe der Drogenkonsumenten ist ein leicht besserer Zustand des Immunsystems zu verzeichnen (199 CD4 pro  $\mu$ ). In Bezug auf den aktuellen CD4-Wert verzeichnen die homosexuellen Männer mit 398 CD4 pro  $\mu$  den höchsten Wert im Vergleich zu den Drogenkonsumentinnen mit 320 CD4 pro  $\mu$  und den Drogenkonsumenten mit 311.5 CD4 pro  $\mu$ .

Eine weitere wichtige Charakterisierung der Gruppen hinsichtlich ihrer chronischen Erkrankung ist die Dauer, seit sie von ihrer Diagnose wissen. Denn die Bedrohungsqualität und das damit verbundene Stresserleben in Abhängigkeit davon variiert. Auch hier werden die Medianwerte betrachtet. Alle drei Subgruppen leben schon verhältnismässig lange mit dem Wissen über ihre HIV-Infektion: Die Drogenkonsumentinnen am längsten mit einem Median von 13.11 Jahren, gefolgt von den Drogenkonsumenten mit 12.5 Jahren und den homosexuellen Männern mit 8 Jahren. Schliesslich wird evaluiert, wie lange die Studienteilnehmer/innen antiretrovirale Medikamente einnehmen. Hier zeigen sich

im Gruppenvergleich keine Unterschiede. Im Durchschnitt wird seit drei Jahren eine antiretrovirale Therapie irgendeiner Art verfolgt.

Tabelle 7: Vergleich HIV-spezifischer Angaben in den drei Subgruppen (Kruskal-Wallis-Test)

|  | Drogenkonsumierende                        |   | Homosexuelle Männer                         | p    |
|--|--|---|---|------|
|  | Frauen<br>n = 11                           | Männer<br>n = 14                          | n = 48                                      |      |
| Gesundheitszustand   | 144.64 (205.96;<br>109; 0 – 730)           | 214.79 (104.40;<br>199; 55 – 450)         | 177.27 (178.49,<br>113, 0 – 760)            | 0.11 |
| Tiefster jemals gemessener CD4-Wert<br>(Mittelwert, SD, median, range)         |  |   |   |      |
| Aktueller mittlerer CD4-Wert (SD,<br>median, range)                            | 432.55 (355.05;<br>320; 140 –<br>1390)     | 380.93 (223.26;<br>311.50; 199 –<br>1023) | 425.64 (242.76;<br>398; 29 – 1170)          | ns   |
| Missing  |  |   | 3   |      |
| Mittlere Anzahl Jahre seit Diagnose bekannt (SD,<br>median, range)             | 12.82 (2.12;<br>13.11, 8 – 16)             | 10.30 (4.53;<br>12.5, 3.61 – 15)          | 7.44 (4.75; 8, 3<br>Monate – 16.1<br>Jahre) | ns   |
| Mittlere Anzahl Jahre mit antiretroviralen<br>Medikamenten (SD, median, range) | 3.62 (2.3; 2.92,<br>3 Monate – 8<br>Jahre) | 3.15 (1.75; 2.25,<br>1.75 – 7.0)          | 3.09 (2.39; 2.63, 3<br>Monate – 13 Jahre)   | ns   |
| Missing  |  | 1   | 4   |      |

#### 4.1.2.3 Krankheitsverarbeitung

Krankheitsverarbeitung wird in Anlehnung an die Definition von Lazarus and Folkman, (1984) resp. Heim (1986) definiert als "die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern" (Muthny, 1989, S. 5). Es können verschiedene Modi unterschieden werden, die vorerst als Reaktionen aufzufassen sind. Tendenziell werden aktive, problemlösungsorientierte Verarbeitungsmodi als Reaktionen betrachtet, die der Verarbeitung von Stresssituationen förderlich sind und somit als erfolgreich, also effektiv bezeichnet werden. Wie in den theoretischen Ausführungen diskutiert wurde, ist der Ansatz, wonach bestimmte Modi a-priori, ohne empirische Prüfung als effektiv angenommen werden, in der Vergangenheit aus verschiedenen Gründen kritisiert worden. Es soll in dieser Arbeit auch eine empirische Annäherung an die Bestimmung von effektiven Krankheitsverarbeitungsmodi stattfinden. Als Effektivitätskriterium wird ein subjektives beigezogen, nämlich die Zufriedenheit mit der eigenen Bewältigung der Krankheit.

Als Erstes wird betrachtet, wie oft die einzelnen Modi in den Subgruppen vorkommen (siehe Tabelle 8). Hierbei wird auf Gruppenebene der Mittelwert verglichen. Das Auftreten der Modi wird pro Gruppe in absteigender Folge der Mittelwerte aufgeführt. In allen drei Gruppen wird am häufigsten mit dem Modus

Compliance und Arztvertrauen reagiert. Am wenigsten häufig tritt Depressive Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken auf. Es wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Auftretens identifiziert.

Tabelle 8: Auftreten der einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in den drei Subgruppen

| Subgruppe                              | MW*  | SD   |
|--|------|------|
| Drogenkonsumentinnen (n=11)            |      |      |
| 1) Compliance und Arztvertrauen        | 3.23 | 0.88 |
| 2) Ablenkung und Selbstaufbau          | 2.73 | 0.74 |
| 3) Aktives, problemorientiertes Coping | 2.62 | 0.99 |
| 4) Religiosität und Sinnsuche          | 2.56 | 0.83 |
| 5) Depressive Verarbeitung             | 1.62 | 0.41 |
| 6) Bagatellisierung und Wunschdenken   | 1.32 | 0.46 |
| Drogenkonsumenten (n=14)               |      |      |
| 1) Compliance und Arztvertrauen        | 3.89 | 0.96 |
| 2) Religiosität und Sinnsuche          | 2.80 | 1.0  |
| 3) Ablenkung und Selbstaufbau          | 2.70 | 0.69 |
| 4) Aktives, problemorientiertes Coping | 2.66 | 1.16 |
| 5) Depressive Verarbeitung             | 1.62 | 0.42 |
| 6) Bagatellisierung und Wunschdenken   | 1.32 | 0.42 |
| Homosexuelle Männer (n=48)             |      |      |
| 1) Compliance und Arztvertrauen        | 3.83 | 0.99 |
| 2) Ablenkung und Selbstaufbau          | 2.46 | 0.64 |
| 3) Aktives, problemorientiertes Coping | 2.43 | 0.83 |
| 4) Religiosität und Sinnsuche          | 2.30 | 0.79 |
| 5) Depressive Verarbeitung             | 1.58 | 0.55 |
| 6) Bagatellisierung und Wunschdenken   | 1.41 | 0.64 |

\* Bei den Zahlen handelt es sich um Skalenmittelwerte. Die Antwortoptionen der den Skalen zugrunde liegenden Items reichen von 1 ("stimmt gar nicht") bis 5 ("stimmt sehr stark").

Mit der Beschreibung der verschiedenen Krankheitsverarbeitungsmodi ist noch nichts über die Effektivität ausgesagt. In der Forschungsliteratur werden aktive, problemorientierte Verarbeitungsmodi als Reaktionen gewertet, die die Verarbeitung von Stresssituationen begünstigen. In dieser Arbeit wird zusätzlich eine eigene Annäherung an die empirische Bestimmung von effektiven Verarbeitungsmodi angestrebt. Mit diesem Aspekt befasst sich der nächste Abschnitt, in dem die einzelnen Modi mit dem

Effektivitätskriterium der Zufriedenheit mit der eigenen Krankheitsbewältigung in einen Zusammenhang gebracht werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Korrelationen der Verarbeitungsmodi mit dem Effektivitätskriterium (Kendalls Tau, zweiseitig)

|                                      |        | Zufriedenheit mit Krankheitsbewältigung |                               |                     |
|--------------------------------------|--------|---|-------------------------------|---------------------|
|                                      |        | Drogenkonsumierende<br>Frauen           | Drogenkonsumierende<br>Männer | Homosexuelle Männer |
| Depressive Verarbeitung              | $\tau$ | 0.22                                    | -0.31                         | <b>-0.24</b>        |
|                                      | p      | ns                                      | ns                            | <b>0.05</b>         |
|                                      | N      | 11                                      | 13                            | <b>47</b>           |
| Aktives, problemorientiertes Coping  | $\tau$ | <b>0.62</b>                             | -0.03                         | 0.05                |
|                                      | p      | <b>0.01</b>                             | ns                            | ns                  |
|                                      | N      | 10                                      | 14                            | 48                  |
| Ablenkung und Selbstaufbau           | $\tau$ | <b>0.48</b>                             | -0.02                         | 0.12                |
|                                      | p      | <b>0.07</b>                             | ns                            | ns                  |
|                                      | N      | 11                                      | 13                            | 48                  |
| Religiosität und Sinnsuche           | $\tau$ | <b>0.87</b>                             | 0.17                          | 0.06                |
|                                      | p      | <b>0.001</b>                            | ns                            | ns                  |
|                                      | N      | 11                                      | 14                            | 46                  |
| Bagatellisierung und<br>Wunschdenken | $\tau$ | -0.11                                   | -0.07                         | <b>-0.22</b>        |
|                                      | p      | ns                                      | ns                            | <b>0.10</b>         |
|                                      | N      | 11                                      | 14                            | <b>48</b>           |
| Compliance und Arztvertrauen         | $\tau$ | -0.09                                   | -0.19                         | <b>0.20</b>         |
|                                      | p      | ns                                      | ns                            | <b>0.10</b>         |
|                                      | N      | 11                                      | 14                            | <b>48</b>           |

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in den drei Subgruppen dargestellt. Beginnen wir mit dem Modus der depressiven Verarbeitung. Bei den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Krankheitsverarbeitungsmodus und dem Effektivitätskriterium. In der Subgruppe der homosexuellen

Männer korreliert der Modus negativ mit der Zufriedenheit mit der eigenen Bewältigung. Aktives, problemorientiertes Coping korreliert in der Gruppe der Drogenkonsumentinnen positiv mit dem Effektivitätskriterium. In den anderen Subgruppen zeigen sich keine Zusammenhänge. Ablenkung und Selbstaufbau als Krankheitsverarbeitungsmodus korreliert bei den Drogenkonsumentinnen positiv mit der Zufriedenheit mit der eigenen Krankheitsbewältigung. In den Subgruppen der Drogenkonsumenten und der homosexuellen Männer zeigen sich keine signifikanten Ergebnisse. Religiosität und Sinnsuche korreliert in der Gruppe der Drogenkonsumentinnen sehr stark positiv mit der Zufriedenheit mit der eigenen Krankheitsbewältigung. Auch hier werden für die anderen beiden Subgruppen keine signifikanten Zusammenhänge berechnet. Der Krankheitsverarbeitungsmodus Bagatellisierung und Wunschenken korreliert einzig in der Subgruppe der homosexuellen Männer signifikant negativ mit dem Effektivitätskriterium. Als letzter Verarbeitungsmodus wird schliesslich derjenige von Compliance und Arztvertrauen dargestellt, der einzig in der Subgruppe der homosexuellen Männer in einem signifikant positiven Zusammenhang mit dem Effektivitätskriterium steht. Interessanterweise korreliert dieser Modus bei den Drogenkonsumenten negativ wenn auch nicht signifikant mit dem Kriterium. Bei den Drogenkonsumentinnen wird kein Zusammenhang identifiziert.

Schliesslich wird mittels einer Hauptkomponentenanalyse untersucht, ob Hintergrundvariablen hinter den sechs Krankheitsverarbeitungsmodi identifiziert werden können, die die beobachteten Variablen prägen. Ziel dieses Vorgehens ist es, die Anzahl der Verarbeitungsmodi für die weiteren Analysen zu reduzieren, um die Übersichtlichkeit der Ergebnisse zu fördern. Uns interessieren in der vorliegenden Arbeit weniger die einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi als das Ausmass an effektiver versus ineffektiver Verarbeitung.

Die Korrelationsmatrizen zeigen, dass sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Modi identifizieren lassen, so dass eine Hauptkomponentenanalyse zur Reduzierung der Variablen sinnvoll wird (siehe Tabellen 10 und 11). Hierbei sind die Signifikanzen von untergeordneter Bedeutung – uns interessiert hier, inwiefern einzelne Modi miteinander zusammenhängen und inwiefern eine Hauptkomponentenanalyse uns dabei helfen kann, die Anzahl der Variablen zu reduzieren.

Tabelle 10: Korrelationen zwischen den einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in den Subgruppen der Drogenkonsumierenden (Pearson-Korrelation, zweiseitig)

|   |   | Depressive<br>Verarbeitung | Aktives,<br>problemorien-<br>tiertes Coping | Ablenkung und<br>Selbstaufbau | Religiosität und<br>Sinnsuche | Bagatellisie-<br>rung und<br>Wunschdenken | Compliance<br>und<br>Arztvertrauen |
|---|---|----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| Depressive<br>Verarbeitung                  | r |                            | 0.74  | 0.51                          | 0.00                          | 0.03                                      | 0.10                               |
|   | p |                            | 0.02  | 0.11                          | ns                            | ns  | ns                                 |
|   | N |                            | 10  | 11                            | 10                            | 11  | 11                                 |
| Aktives, problem-<br>orientiertes<br>Coping | r | -0.25                      |   | 0.57                          | 0.56                          | 0.01                                      | 0.09                               |
|   | p | ns                         |   | 0.09                          | 0.09                          | ns  | ns                                 |
|   | N | 13                         |   | 10                            | 10                            | 10  | 10                                 |
| Ablenkung und<br>Selbstaufbau               | r | -0.29                      | 0.83  |                               | 0.67                          | 0.43                                      | -0.45                              |
|   | p | ns                         | 0.000                                       |                               | 0.04                          | ns  | ns                                 |
|   | N | 13                         | 13  |                               | 10                            | 11  | 11                                 |
| Religiosität und<br>Sinnsuche               | r | 0.12                       | 0.61  | 0.54                          |                               | 0.42                                      | -0.39                              |
|   | p | ns                         | 0.02  | 0.06                          |                               | ns  | ns                                 |
|   | N | 13                         | 14  | 13                            |                               | 10  | 10                                 |
| Bagatellisierung<br>und<br>Wunschdenken     | r | 0.46                       | -0.20                                       | -0.44                         | -0.21                         |   | -0.69                              |
|   | p | ns                         | ns  | 0.13                          | ns                            |   | 0.02                               |
|   | N | 13                         | 14  | 13                            | 14                            |   | 11                                 |
| Compliance und<br>Arztvertrauen             | r | 0.10                       | 0.49  | 0.55                          | 0.43                          | 0.02                                      |                                    |
|   | p | ns                         | 0.08  | 0.05                          | ns                            | ns  |                                    |
|   | N | 13                         | 14  | 13                            | 14                            | 14  |                                    |

Bemerkung: die Ergebnisse der Drogenkonsumentinnen befinden sich oberhalb, diejenigen der Drogenkonsumenten unterhalb der Diagonalen.

Tabelle 11: Korrelationen zwischen den einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi in der Subgruppe der homosexuellen Männer (Pearson-Korrelation, zweiseitig)

|                                      |   | Aktives, problem-orientiertes Coping | Ablenkung und Selbstaufbau | Religiosität und Sinnsuche | Bagatellisierung und Wunschdenken | Compliance und Arztvertrauen |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Depressive Verarbeitung              | r | 0.13                                 | 0.33                       | 0.24                       | 0.17                              | -0.22                        |
|                                      | p | ns                                   | 0.02                       | 0.11                       | ns                                | ns                           |
|                                      | N | 47                                   | 47                         | 46                         | 46                                | 45                           |
| Aktives, problem-orientiertes Coping | r |                                      | 0.45                       | 0.47                       | 0.11                              | 0.04                         |
|                                      | p |                                      | 0.002                      | 0.001                      | ns                                | ns                           |
|                                      | N |                                      | 48                         | 46                         | 47                                | 45                           |
| Ablenkung und Selbstaufbau           | r |                                      |                            | 0.44                       | 0.19                              | 0.11                         |
|                                      | p |                                      |                            | 0.002                      | ns                                | ns                           |
|                                      | N |                                      |                            | 46                         | 47                                | 45                           |
| Religiosität und Sinnsuche           | r |                                      |                            |                            | 0.06                              | 0.06                         |
|                                      | p |                                      |                            |                            | ns                                | ns                           |
|                                      | N |                                      |                            |                            | 45                                | 45                           |
| Bagatellisierung und Wunschdenken    | r |                                      |                            |                            |                                   | -0.11                        |
|                                      | p |                                      |                            |                            |                                   | ns                           |
|                                      | N |                                      |                            |                            |                                   | 44                           |

Nachdem die Voraussetzung für eine Hauptkomponentenanalyse identifiziert worden ist – nämlich Zusammenhänge zwischen den Verarbeitungsmodi ausgemacht worden sind und die Analyse durchgeführt worden ist, wird untersucht, ob eine Faktorenanalyse vertretbar ist. Die Prüfgrösse zum "Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy" (KMO) und die Resultate des Bartlett-Tests auf Sphärizität geben darüber Auskunft. Der KMO stellt ein zusammenfassendes Mass dafür dar, inwiefern das Faktorenmodell geeignet ist. Auf die detaillierten Ausführungen zu diesem Mass wird hier verzichtet. Interessierte Leser/innen können ausführlichere Erklärungen in einschlägigen Statistik-Handbüchern nachlesen (z.B. Brosius, 2002, S. 735). Gemäss Hirsig (2000, S. 11.15) muss der KMO  $> 0.6$  erreichen, damit eine Faktorenanalyse durchgeführt werden kann. Mit dem Bartlett-Test auf Sphärizität wird die Hypothese getestet, nach der alle Korrelationskoeffizienten zwischen den Variablen in der Grundgesamtheit den Wert 0 haben. Es wird also untersucht, inwiefern die zwischen den Verarbeitungsmodi berechneten Korrelationen nur zufällig für die zugrunde liegenden Stichproben errechnet wurden, obwohl in der Grundgesamtheit keinerlei Zusammenhang besteht. Dementsprechend müssen die Resultate des "Bartlett Test of Sphericity" mit  $p < 0.05$  signifikant sein.

Die in allen drei Subgruppen durchgeführte Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation ergibt für alle drei Gruppen einen signifikanten Bartlett-Test, doch erreichte der KMO bei den Drogenkonsumentinnen nicht den Grenzwert von 0.6 (Daten nicht aufgeführt). Deshalb werden die weiblichen und die männlichen Drogenkonsumierenden in eine Subgruppe vereint. Die Ergebnisse der in der Folge durchgeführten Hauptkomponentenanalyse mit Rotation nach der Varimax-Methode in den beiden Subgruppen der Drogenkonsumierenden und der homosexuellen Männer führten in der Subgruppe der Drogenkonsumierenden zu drei, bei den homosexuellen Männern zu zwei Faktoren mit Eigenwert grösser 1. Die Hauptkomponentenanalyse mit den Drogenkonsument/innen, in der schon im Voraus bestimmt wurde, dass nur zwei Faktoren extrahiert werden sollen, führt zu ähnlichen Ergebnissen wie diejenigen in der Subgruppe der homosexuellen Männer (Tabelle 12). Die Prüfgrößen zeigen jetzt zufrieden stellende Werte.



Tabelle 12: Rotierte Faktor-Matrix für die Verarbeitungsmodi (Varimax-Rotation)

|   | Faktor 1 | Faktor 2 | KMO* | Bartlett-Test** | Erklärte Varianz |
|---|----------|----------|------|-----------------|------------------|
| Drogenkonsumierende (Frauen und Männer) |          |          | .63  | p=.003          | 60.6%            |
| Aktives, problemorientiertes Coping     | .90888   |          |      |                 |                  |
| Ablenkung und Selbstaufbau              | .84913   |          |      |                 |                  |
| Religiosität und Sinnsuche              | .78531   | .23605   |      |                 |                  |
| Compliance und Arztvertrauen            | .43102   | -.41486  |      |                 |                  |
| Bagatellisierung und Wunschdenken       |          | .88693   |      |                 |                  |
| Depressive Verarbeitung                 | .16715   | .48951   |      |                 |                  |
| Homosexuelle Männer                     |          |          | .62  | p=.001          | 55.7%            |
| Ablenkung und Selbstaufbau              | .77978   | .20467   |      |                 |                  |
| Religiosität und Sinnsuche              | .77216   |          |      |                 |                  |
| Aktives, problemorientiertes Coping     | .76945   |          |      |                 |                  |
| Compliance und Arztvertrauen            | .29818   | -.78715  |      |                 |                  |
| Depressive Verarbeitung                 | .29790   | .65999   |      |                 |                  |
| Bagatellisierung und Wunschdenken       | .18648   | .48085   |      |                 |                  |

\*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

\*\*Bartlett Test of Sphericity

Im Zuge der Hauptkomponentenanalyse werden zwei Faktoren extrahiert.

- Die drei Verarbeitungsmodi Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche und aktives, problemorientiertes Coping laden auf Faktor 1.
- Depressive Verarbeitung sowie Bagatellisierung und Wunschdenken laden auf Faktor 2.
- Compliance und Arztvertrauen lädt positiv auf dem ersten und negativ auf dem zweiten Faktor. Während die Ladungen auf den beiden Faktoren bei den Drogenkonsumierenden ein ähnliches Ausmass erreichen, ist bei den homosexuellen Männern die negative Ladung auf dem zweiten Faktor viel stärker als die positive auf dem ersten.

Für viele faktoranalytische Untersuchungen ist das Ziel erreicht, wenn eine befriedigende Interpretation der Faktoren gelungen ist. Wir sind aber daran interessiert, die Faktoren als Variablen in den weiteren Analysen verwenden zu können. Da es für solche Zwecke erforderlich ist, über die konkreten Faktorwerte zu verfügen, wird jeder Faktor als eine neue Variable gespeichert (Brosius, 2002, S. 750). In den weiteren Auswertungen wird mit den identifizierten Faktoren 1 und 2 weitergerechnet.

#### 4.1.2.4 Soziale Beziehungen

##### 4.1.2.4.1 Soziale Integration

Soziale Integration wird aus Sicht der Rollenperspektive als Funktion von sozialen Rollen betrachtet. Des Weiteren sind Angaben zur subjektiven Wahrnehmung der Integration im primären und sekundären sozialen Netz zugänglich. In Tabelle 13 sind die entsprechenden Angaben für die drei Subgruppen ersichtlich. Mit einem Anteil von 81.3% sind die homosexuellen Männer am häufigsten erwerbstätig. Von den Drogenkonsumentinnen hat knapp die Hälfte, von den Drogenkonsumenten ein Drittel eine Berufsrolle. Die Unterschiede bez. der sozialen Integration durch die Partnerrolle sind in den drei Gruppen weniger ausgeprägt: In allen drei lebt circa ein Drittel in einer Partnerschaft. Eine Elternrolle wird nur von einem ganz kleinen Teil der Studienteilnehmer/innen eingenommen (eine Drogenkonsumentin und zwei Drogenkonsumenten), deshalb wird diese Rolle in den weiteren Analysen nicht miteinbezogen.

Tabelle 13: Integration operationalisiert aus der Rollenperspektive ( $\chi^2$ -Test, zweiseitig)

|                        | Drogenkonsumierende Frauen |      | Drogenkonsumierende Männer |      | Homosexuelle Männer |      | p  |
|------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|----|
|                        | n                          | %    | n                          | %    | n                   | %    |    |
| Berufsrolle vorhanden  | 5                          | 45.5 | 5                          | 35.7 | 39                  | 81.3 | *  |
| Partnerrolle vorhanden | 4                          | 36.4 | 4                          | 28.6 | 19                  | 39.6 | ns |
| Elternrolle vorhanden  | 1                          | 9.1  | 2                          | 14.3 | 0                   | 0    | *  |

\* mehr als 20% der Zellen mit erwartetem N von < 5

Das Ausmass an subjektiv empfundener sozialer Integration in den drei Subgruppen ist in Tabelle 14 ersichtlich. Die homosexuellen Männer fühlen sich im Durchschnitt am besten im primären Netz integriert. Im sekundären Netz fühlen sich die Drogenkonsumentinnen im Vergleich zu den Subgruppen der Männer am besten integriert.

Tabelle 14: Mittelwerte der Indikatoren der subjektiv wahrgenommenen sozialen Integration (Kruskal-Wallis-Test, Rangbindungen berücksichtigt)

|                 | Drogenkonsumentinnen |                                | Drogenkonsumenten |                                | Homosexuelle Männer |                                | p    |
|-----------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|------|
|                 | N                    | Mittelwert (SD; Median, range) | N                 | Mittelwert (SD; Median, range) | N                   | Mittelwert (SD; Median, range) |      |
| Primäres Netz   | 11                   | 3 (1.34; 3, 0 – 4)             | 13                | 2.92 (1.50; 4, 0 – 4)          | 46                  | 3.30 (1.03; 4, 0 – 4)          | ns   |
| Sekundäres Netz | 11                   | 3.45 (0.69; 4, 2 – 4)          | 14                | 2.07 (1.59; 2.5, 0 – 4)        | 47                  | 3.04 (1.08; 3, 0 – 4)          | 0.04 |

<sup>a</sup> Fünf Antwortoptionen: (1) überhaupt nicht, (2) ein wenig, (3) mässig, (4) ziemlich und (5) sehr

#### 4.1.2.4.2 Soziale Unterstützung

Das Ausmass an sozialer Unterstützung wird einerseits als wahrgenommene Unterstützung, andererseits als erhaltene Unterstützung erhoben. Die erhaltene Unterstützung ist unterteilt in Unterstützung, die aus informellen Quellen wie z.B. von Partner/in resp. aus formellen Quellen, wie z.B. Beratungsstelle geleistet wird. Schliesslich wird unterschieden, ob es sich bei der erhaltenen Unterstützung um emotionale, informative oder praktische Unterstützung handelt.

Im Vergleich geben die Drogenkonsumentinnen ein leicht höheres Ausmass an wahrgenommener Unterstützung als die homosexuellen Männer an. Das tiefste Ausmass geben die Drogenkonsumenten an. Bei der erhaltenen Unterstützung zeigt sich bezüglich der aus informellen sowie der aus formellen Quellen erhaltenen Unterstützung dieselbe Reihenfolge: Die Drogenkonsumentinnen geben den höchsten Wert an, gefolgt von den Drogenkonsumenten und schliesslich den homosexuellen Männern (Tabelle 15).

Tabelle 15: Ausmass an wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung (Kruskal-Wallis-Test, Rangbindungen berücksichtigt)

|   |        | Drogenkonsumierende Frauen |                                | Drogenkonsumierende Männer |                                | Homosexuelle Männer |                                | p    |
|---|--------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|------|
|   |        | N                          | Mittelwert (SD; Median, range) | N                          | Mittelwert (SD; Median, range) | N                   | Mittelwert (SD; Median, range) |      |
| * Wahrgenommene Unterstützung                     | 1<br>1 | 1                          | 3.64 (0.50; 4, 3 – 4)          | 14                         | 2.86 (1.35; 3, 0 – 4)          | 48                  | 3.35 (1.02; 4, 0 – 4)          | ns   |
| * Erhaltene Unterstützung aus informellen Quellen | 1<br>1 | 1                          | 6.36 (3.23; 6, 2 – 12)         | 14                         | 5.29 (2.23; 4.5, 3 – 10)       | 47                  | 4.81 (2.98; 5, 1 – 11)         | ns   |
| * Erhaltene Unterstützung aus formellen Quellen   | 1<br>1 | 1                          | 3.91 (2.17; 4, 1 – 8)          | 13                         | 3.54 (2.4; 3, 1 – 9)           | 45                  | 2.29 (1.34; 2, 1 – 8)          | 0.02 |

\* 1 Item mit fünf Antwortoptionen: (1) überhaupt nicht, (2) ein wenig, (3) mässig, (4) ziemlich und (5) sehr.

\*\* Summenindex mit Anzahl Quellen, aus denen soziale Unterstützung erfolgte.

Abbildung 5 gibt einen Überblick, welche Unterstützungsquellen von den Studienteilnehmer/innen genannt werden. Unter informellen Quellen werden hier folgende verstanden: Partner/in/eigene Familie, Herkunftsfamilie, Freundeskreis, andere Betroffene, Arbeitskollegen/innen, Club/Verein, Nachbarschaft und eine Restkategorie "anderes informell". Die übrigen werden als formelle Quellen bezeichnet.

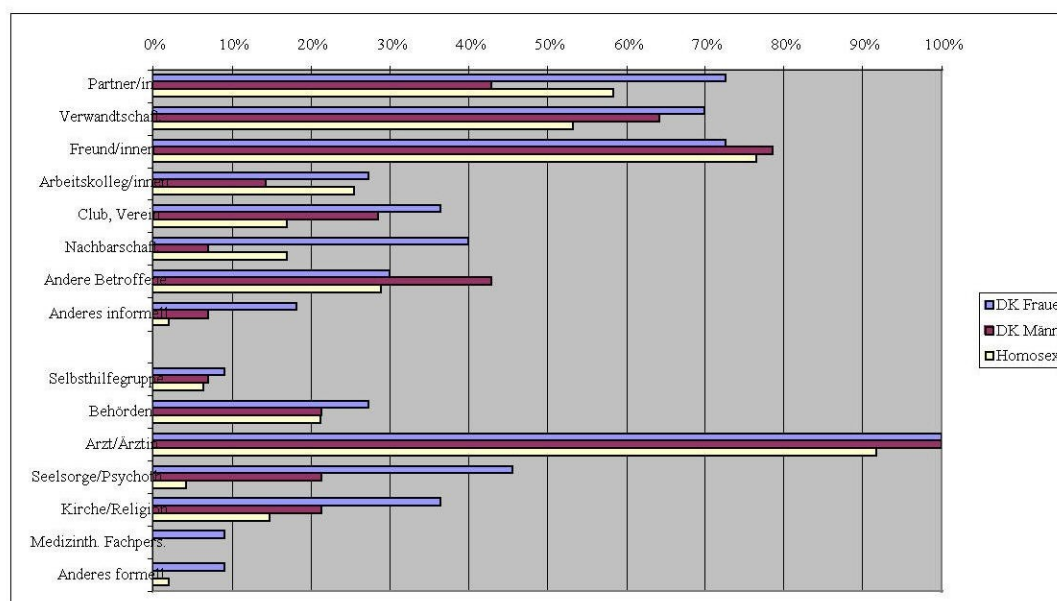


Abbildung 5: Genannte Unterstützungsquellen

Legende: DK = Drogenkonsumierende, Homosex. = Homosexuelle Männer

Auf Grund der kleinen Stichprobengrößen konnte der  $\chi^2$ -Test nicht durchgeführt werden. Bei allen Gruppenvergleichen betrugen die erwarteten Häufigkeiten in mehr als 20% der Zellen weniger als 5. Somit werden in der nachstehenden Darstellung keine Signifikanzwerte aufgeführt, sondern die Vergleiche beschränken sich auf Beschreibungen der Ergebnisse.

Am weitaus häufigsten werden medizinische Fachpersonen als Unterstützungsquelle genannt und zwar in allen Gruppen (Drogenkonsumierende 100%, Homosexuelle Männer: 91.7%). Am zweitwichtigsten ist für alle Studienteilnehmer/innen ihr Freundeskreis (Drogen konsumierende Frauen: 72.7%, Männer 78.6%; Homosexuelle Männer 76.6%). An dritter Stelle rangiert für die Drogen konsumierenden Männer die Verwandtschaft (64.3%), für die homosexuellen Männer und für die Drogen konsumierenden Frauen der Partner (58.3% resp. 72.7%). Unter denjenigen Studienteilnehmer/innen, die in einer Partnerschaft leben, rangierten der Partner, die Partnerin jedoch wie erwartet an erster Stelle unter den informellen Quellen (4 Drogenkonsumentinnen: Partner 100%, Verwandtschaft 75%, Freundeskreis 25%; 4 Drogenkonsumenten: Partnerin 100%; Freundeskreis 100%; Verwandtschaft 25%; 19 Homosexuelle Männer: Partner 100%, Freundeskreis 73%; Verwandtschaft 42.1%).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die formellen Unterstützungsquellen für die Drogenkonsumierenden eine grössere Bedeutung haben als für die homosexuellen Männer, wobei es sich insbesondere um Seelsorge/Psychotherapie und Kirche/Religion handelt, die öfters genannt werden. Unter den informellen Unterstützungsquellen ist es vor allem die Verwandtschaft und der Club/Verein, die eine grössere Bedeutung haben.

#### 4.1.2.4.3 *Struktur und Funktion des Unterstützungsnetzwerks*

In diesem Abschnitt setzen wir uns detailliert mit der erhaltenen sozialen Unterstützung auseinander. Diese kann aus unterschiedlichen Quellen stammen und verschiedenartig sein. Es wird das Unterstützungsnetzwerk, also die Gesamtheit aller Quellen, die Unterstützung leisten, hinsichtlich seiner Zusammensetzung und Funktion in Form von unterschiedlichen Unterstützungsarten diskutiert. Das Unterstützungsnetzwerk wurde in der vorliegenden Arbeit unterschieden nach informellen und formellen Quellen, die Hilfe leisten. Hierbei sind die formellen Quellen als kompensatorisch aufzufassen – sie greifen ein, wenn das Individuum bzw. sein soziales Umfeld Anforderungen nicht (mehr) alleine bewältigen kann. Im vorliegenden Datensatz wurde eine Unterscheidung nach emotionaler, informativer und praktischer Unterstützung gemacht.

Zur Betrachtung der Bedeutung des informellen resp. formellen Unterstützungsnetzwerks wurde ein Summenindex aus den der einzelnen Quellen zugeordneten Bedeutung (reichte von 0 "nicht vorhanden" bis 5 "äusserst wichtig") gebildet. Die Summe wurde in jeder Subgruppe durch die Anzahl angegebene informelle resp. formelle Quellen dividiert. Wenn z.B. eine Person zwei informelle Quellen mit der

Bedeutung 5 resp. 4 und zwei formelle Quellen mit der Bedeutung 3 resp. 4 angibt, ergibt das als Bedeutung für das informelle Unterstützungsnetzwerk:  $(5+4):2 = 4.5$  und für das formelle Unterstützungsnetzwerk  $(3+4):2 = 3.5$ , d.h. das informelle Unterstützungsnetzwerk hat in diesem Fall eine höhere Bedeutung. Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche über die Bedeutung des informellen resp. des formellen Unterstützungsnetzwerks in den einzelnen Subgruppen zeigen, dass das informelle Unterstützungsnetzwerk in allen Subgruppen eine höhere Bedeutung hat (Tabelle 16). Der Kruskal-Wallis-Test (Rangbindungen berücksichtigt) hat ein signifikantes Ergebnis bei der Bedeutung des formellen Netzwerks identifiziert ( $p = 0.03$ ), das heisst die Bedeutung des formellen Netzwerks ist für die homosexuellen Männer am geringsten.

Tabelle 16: Bedeutung des informellen und formellen Unterstützungsnetzwerks (Mittelwertvergleiche, Wilcoxon matched-pairs Signed-Ranks-Test für abhängige Stichproben)

|                                | Drogenkonsumierende |      |           |        |       |           | Homosexuelle Männer |       |           |
|--------------------------------|---------------------|------|-----------|--------|-------|-----------|---------------------|-------|-----------|
|                                | Frauen              |      |           | Männer |       |           |                     |       |           |
|                                | N                   | MW   | Std. Abw. | N      | MW    | Std. Abw. | N                   | MW    | Std. Abw. |
| Bedeutung formelles Netzwerk   | 11                  | 0.84 | 0.45      | 12     | 0.80  | 0.35      | 47                  | 0.57  | 0.33      |
| Bedeutung informelles Netzwerk | 9                   | 1.63 | 0.68      | 14     | 1.40  | 0.38      | 45                  | 1.34  | 0.52      |
| p                              |                     | 0.01 |           |        | 0.002 |           |                     | 0.000 |           |

In einem nächsten Schritt wird untersucht, welche Unterstützungsarten von den informellen resp. den formellen Quellen geleistet werden. Hierbei wurde folgendermassen vorgegangen: Die Unterstützungsart wurde als signifikant bezeichnet, wenn die Unterstützung leistende informelle oder formelle Quelle auf der Bedeutungsskala von 0 bis 5 mindestens eine 3 erzielte, also als mindestens "wichtig" bezeichnet wurde. Aus den so identifizierten Unterstützungsarten wurden sechs Summenindices gebildet: Jeweils emotionale, informative und praktische Unterstützung aus informellen resp. formellen Quellen.

Das durchschnittlich genannte Ausmass an erhaltener Unterstützungsart ist in Tabelle 17 ersichtlich.

Tabelle 17: Unterstützungsarten aus den informellen und formellen Quellen

|                             | Drogenkonsumierende |                        |        |                        | Homosexuelle Männer |                        |      |  |
|-----------------------------|---------------------|------------------------|--------|------------------------|---------------------|------------------------|------|--|
|                             | Frauen              |                        | Männer |                        |                     |                        |      |  |
|                             | N                   | MW (SD, Median, range) | N      | MW (SD, Median, range) | N                   | MW (SD, Median, range) | p*   |  |
| Informelle Quellen          |                     |                        |        |                        |                     |                        |      |  |
| Emotionale Unterstützung    | 11                  | 3.18 (2.09; 3, 1 – 7)  | 14     | 2.64 (1.22; 2, 1 – 6)  | 47                  | 2.51 (1.38; 2, 0 – 5)  | ns   |  |
| Informative Unterstützung   | 11                  | 1.91 (1.45; 2, 0 – 5)  | 14     | 1.36 (1.08; 1, 0 – 4)  | 47                  | 1.40 (1.30; 1, 0 – 5)  | ns   |  |
| Praktische Unterstützung    | 11                  | 1.27 (1.01; 1, 0 – 3)  | 14     | 1.29 (1.33; 1, 0 – 4)  | 47                  | 0.89 (0.98; 1, 0 – 4)  | ns   |  |
| X <sup>2</sup> , N, FG, p** |                     | 5.0, 10, 2, 0.08       |        | 6.05, 11, 2, 0.05      |                     | 33.5, 43, 2, 0.000     |      |  |
| Formelle Quellen            |                     |                        |        |                        |                     |                        |      |  |
| Emotionale Unterstützung    | 11                  | 1.45 (0.93; 2, 0 – 3)  | 13     | 1.15 (1.14; 1, 0 – 3)  | 45                  | 0.64 (0.83; 0, 0 – 4)  | 0.02 |  |
| Informative Unterstützung   | 11                  | 1.64 (0.81; 1, 1 – 3)  | 13     | 1.62 (0.96; 2, 0 – 4)  | 45                  | 1.36 (0.65; 1, 1 – 4)  | ns   |  |
| Praktische Unterstützung    | 11                  | 0.82 (0.87; 1, 0 – 3)  | 13     | 0.77 (0.93; 0, 0 – 2)  | 45                  | 0.29 (0.46; 0, 0 – 1)  | 0.06 |  |
| X <sup>2</sup> , N, FG, p   |                     | 6.45, 10, 2, 0.04      |        | 6.05, 11, 2, 0.05      |                     | 33.9, 45, 2, 0.000     |      |  |

\* Kruskal-Wallis-Test, Rangbindungen berücksichtigt

\*\* Friedman Two-Way Anova, Rangbindungen berücksichtigt

In allen drei Gruppen leisten die informellen Quellen am häufigsten emotionale Unterstützung, an zweiter Stelle folgen informative und schliesslich praktische Unterstützung. Die formellen Quellen unterstützen hauptsächlich mit Informationen, an zweiter Stelle mit emotionaler Unterstützung und am wenigsten häufig mit praktischer Unterstützung. Der Kruskal-Wallis-Test zeigt, dass sich ausschliesslich im Ausmass der erhaltenen emotionalen und praktischen Unterstützung aus formellen Quellen ein Subgruppeneffekt zeigt. Die nicht signifikanten Ergebnisse zeigen ähnliche Ergebnisse. Dieses Resultat macht die Unterscheidung dreier Subgruppen sinnvoll.

#### 4.1.2.5 Schichtzugehörigkeit

Den theoretischen Ausführungen folgend wird die Schichtzugehörigkeit mit den Dimensionen Bildung und Einkommen mehrdimensional erhoben (Tabelle 18). Bei den Drogenkonsumierenden hat der grösste Teil weniger als Fr. 3999.— monatlich zur Verfügung. Bei den homosexuellen Männern befindet sich etwa ein Drittel in dieser Kategorie. Es fällt auf, dass etwa ein Drittel der homosexuellen Männer auch mehr als Fr. 6000.— angibt – bei den Drogenkonsumierenden befindet sich niemand in der höchsten Kategorie. Im Vergleich haben die homosexuellen Männer die längste Ausbildung absolviert. Der  $\chi^2$ -Test ergab keine interpretierbaren Ergebnisse, da in mehr als 20% der Zellen ein Wert von weniger als fünf erwartet wurde.

Tabelle 18: Ausprägung der beiden Schichtdimensionen in den Subgruppen

|   | Drogenkonsumierende |                  | Homosexuelle     |
|---|---------------------|------------------|------------------|
|   | Frauen<br>n = 11    | Männer<br>n = 14 | Männer<br>n = 48 |
| Monatliches Nettoeinkommen in Fr. (N, %)    |                     |                  |                  |
| < 3999                                      | 7 (63.6%)           | 11 (78.6)        | 17 (35.4)        |
| 4000 – 5999                                 | 4 (36.4%)           | 3 (21.4)         | 16 (33.3)        |
| > 6000                                      |                     |                  | 15 (31.3)        |
| Höchste abgeschlossene Ausbildung in Jahren |                     |                  |                  |
| 9   | 4 (36.4)            | 6 (42.9)         | 6 (12.5)         |
| 10 – 13                                     | 6 (54.5)            | 5 (35.7)         | 29 (60.4)        |
| > 13  | 1 (9.1)             | 3 (21.4)         | 13 (27.1)        |

Ist eine Statusinkonsistenz im Sinne eines Bildungsüberschusses ersichtlich? Diese Frage interessiert uns insofern, als diese ein Stressor sein kann, wobei sie auch als sekundärer Stressor einer HIV-Infektion auftreten kann. Statusinkonsistenz wurde dann v.a. als belastend gewertet, wenn ein Bildungsüberschuss vorliegt. Wenn also Investitionen in die Bildung geleistet wurden, aber kein entsprechender Belohnungsstatus in Form von Einkommen und/oder Erwerbstätigkeit vorliegt. Eine Statusinkonsistenz kann gemäss den theoretischen Ausführungen als sekundärer Stressor nach einer HIV-Infektion auftreten, es ist aber auch möglich, dass die entsprechende Statusinkonsistenz schon vor der HIV-Infektion vorhanden war. Um diesen Zusammenhängen auf die Spur zu kommen, werden die Schichtdimensionen Gesundheitszustand und Erwerbsstatus miteinander korreliert.



Folgende Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen wurden identifiziert: Bildung und Einkommen hängen bei den homosexuellen Männern gemäss Schichtungsmodell signifikant positiv zusammen. Die besser verdienenden homosexuellen Männer sind gesünder und haben eine Erwerbstätigkeit. Hingegen sind es die weniger gebildeten, die gesünder sind und eine Erwerbstätigkeit haben (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Korrelationen der Schichtdimensionen Gesundheit und Erwerbstätigkeit (Kendalls Tau, zweiseitig)

| Homosexuelle Männer  |        | Bildung     | Objektive Gesundheit* | Berufsrolle |
|----------------------|--------|-------------|-----------------------|-------------|
| Einkommen            | $\tau$ | <b>0.23</b> | <b>0.21</b>           | <b>0.35</b> |
|                      | p      | <b>0.09</b> | <b>0.07</b>           | <b>0.01</b> |
|                      | N      | <b>48</b>   | <b>48</b>             | <b>48</b>   |
| Bildung              | $\tau$ |             | -0.14                 | -0.22       |
|                      | p      |             | Ns                    | <b>0.11</b> |
|                      | N      |             | 48                    | <b>48</b>   |
| Objektive Gesundheit | $\tau$ |             |                       | <b>0.28</b> |
|                      | p      |             |                       | <b>0.02</b> |
|                      | N      |             |                       | <b>48</b>   |

\* Tiefster jemals gemessener CD4-Zellenwert

Die Ergebnisse für die Drogenkonsumierenden sind in Tabelle 20 dargestellt, wobei die Korrelationen für die Frauen oberhalb, diejenigen der Männer unterhalb der Diagonalen aufgeführt sind.

Tabelle 20: Korrelationen der Schichtdimensionen, Gesundheit und Erwerbstätigkeit (Kendalls Tau')

| Drogenkonsumierende  |        | Einkommen    | Bildung | Objektive Gesundheit** | Berufsrolle |
|----------------------|--------|--------------|---------|------------------------|-------------|
| Einkommen            | $\tau$ |              | 0.39    | 0.20                   | <b>0.83</b> |
|                      | p      |              | ns      | ns                     | <b>0.01</b> |
|                      | N      |              | 11      | 11                     | 11          |
| Bildung              | $\tau$ | -0.04        |         | -0.32                  | 0.16        |
|                      | p      | ns           |         | ns                     | ns          |
|                      | N      | 14           |         | 11                     | 11          |
| Objektive Gesundheit | $\tau$ | <b>-0.53</b> | 0.01    |                        | 0.39        |
|                      | p      | <b>0.02</b>  | ns      |                        | ns          |
|                      | N      | 14           | 14      |                        | 11          |
| Berufsrolle          | $\tau$ | <b>0.70</b>  | -0.34   | -0.27                  |             |
|                      | p      | <b>0.01</b>  | ns      | Ns                     |             |
|                      | N      | 14           | 14      | 14                     |             |

\* Einseitig; ausser Korrelationen mit objektivem Gesundheitszustand, wo ein zweiseitiger Test eingesetzt wurde

\*\*Tiefster jemals gemessener CD4 Wert

Bei den Drogenkonsumentinnen korreliert einzig Erwerbstätigkeit mit Einkommen signifikant positiv. Bei den Drogenkonsumenten besteht kein Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen. In dieser Subgruppe korreliert der objektive Gesundheitszustand signifikant negativ und die Berufsrolle positiv mit dem Einkommen.

#### 4.1.3 Beantwortung der Fragestellungen

Das Ziel dieses ersten Abschnitts war, die drei Subgruppen zu charakterisieren. Es zeigen sich nicht viele signifikante Unterschiede, hauptsächlich weil für viele Vergleiche die Stichprobengrößen zu gering waren. Deshalb werden auch Ergebnisse diskutiert, die kein signifikantes Ergebnis zeigen.

In der Folge wird jede Fragestellung gesondert beantwortet:

- Unterscheiden sich die Subgruppen hinsichtlich soziodemografischer und HIV-spezifischer Angaben?

Was die soziodemografischen Angaben betrifft, sind die drei Subgruppen ähnlich, ausser hinsichtlich des Wohnorts. Die homosexuellen Männer wohnen vermehrt in der Stadt Zürich, was auf ihr im Durchschnitt höheres Einkommen zurückgeführt werden kann.

Die HIV-spezifischen Angaben zeigen, dass hinsichtlich des medianen aktuellen Gesundheitszustands die Drogenkonsumentinnen und die homosexuellen Männer ähnliche Werte zeigen. Die Drogenkonsumenten erreichen den tiefsten CD4-Wert. Der Gesundheitszustand hat sich jedoch über die Zeit in allen drei Gruppen verbessert. Der aktuelle CD4-Wert ist deutlich höher als der tiefste jemals gemessene Wert. Dies ist auf die antiretrovirale Therapie zurückzuführen, denn die Medikamente hemmen den Vermehrungsvorgang des HI-Virus und können so zu einem Anstieg des CD4-Werts führen. In der Gruppe der homosexuellen Männer zeigt sich der höchste Anstieg des CD4-Wertes, was als ein Hinweis für eine höhere Therapietreue interpretiert werden kann. Bezüglich der Dauer, seit die Diagnose bekannt ist, fällt auf, dass bei den homosexuellen Männern der tiefste Wert bei drei Monaten liegt. Insofern ist diese Gruppe bez. des Krankheitsverlaufs nicht so homogen wie die beiden Gruppen der Drogenkonsumierenden. Dieses Resultat lässt sich so interpretieren, dass die Präventionsbemühungen, die darauf abzielten, bei den Drogenkonsumierenden den Spritzentausch zu verhindern, erfolgreich waren. Bei den homosexuellen Männern hingegen zeigen die aktuellen epidemiologischen Daten wieder eine Zunahme an Neuinfektionen, die auf eine sinkende Sensibilisierung bez. des HIV-Risikos zurückgeführt wird.

- Welche Krankheitsverarbeitungsmodi treten in den Subgruppen auf?

In allen drei Gruppen wird am häufigsten mit dem Modus Compliance und Arztvertrauen reagiert. Am wenigsten häufig finden depressive Verarbeitung und Bagatellisierung und Wunschdenken statt, was auch andere Studien zeigten (Leserman, Perkins et al., 1992). Es finden sich innerhalb der Subgruppen leicht unterschiedliche Reihenfolgen im Auftreten der Modi: Der Krankheitsverarbeitungsmodus Religiosität und Sinnsuche tritt bei den Drogenkonsumenten ein wenig häufiger auf als in den anderen Subgruppen.

- Welche Krankheitsverarbeitungsmodi sind in den Subgruppen effektiv?

Ein Überblick über die Ergebnisse ergibt, dass

- depressive Verarbeitung für die homosexuellen Männer ein ineffektiver Modus ist;
- aktives, problemorientiertes Coping für die Drogenkonsumentinnen ein effektiver Modus ist;
- Ablenkung und Selbstaufbau für die Drogenkonsumentinnen ein effektiver Modus ist;
- Religiosität und Sinnsuche für die Drogenkonsumentinnen ein effektiver Modus ist;
- Bagatellisierung und Wunschdenken für die homosexuellen Männer ein ineffektiver Modus ist;
- Compliance und Arztvertrauen für die homosexuellen Männer ein effektiver Modus ist.

Die Ergebnisse entsprechen jenen früherer Studien. Gleichwohl sind ein paar weitere Ausführungen zu diesen Ergebnissen notwendig. Als Erstes fällt auf, dass in der Gruppe der Drogenkonsumenten kein signifikanter Zusammenhang gefunden wird, und dass die identifizierten Zusammenhänge meistens jeweils nur in einer Subgruppe signifikant wurden. Werden auch die nicht signifikanten Ergebnisse mit einem  $\tau > 0.10$  betrachtet, lässt sich für den grössten Teil der Krankheitsverarbeitungsmodi noch in einer anderen Subgruppe ein Zusammenhang in die gleiche Richtung finden, was die vorsichtige Annahme der Hypothesen bestärkt. Zum Beispiel korreliert Ablenkung und Selbstaufbau in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen signifikant positiv mit dem Effektivitätskriterium. Bei den homosexuellen Männern zeigt sich ebenfalls ein positiver Zusammenhang, der jedoch nicht signifikant ist. Insofern lässt sich ein relativ homogenes Bild zeichnen. Auffällig ist hingegen, dass bezüglich zweier Krankheitsverarbeitungsmodi auch entgegengesetzte Zusammenhänge identifiziert wurden – bei der depressiven Verarbeitung und bei Compliance und Arztvertrauen. Diese sollen nachstehend diskutiert werden.

Die depressive Verarbeitung wurde für homosexuelle Männer als ineffektiv identifiziert, da der Modus negativ mit dem Effektivitätskriterium korreliert. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten zeigt sich ebenfalls ein negativer Zusammenhang, bei den Drogenkonsumentinnen korreliert dieser Modus jedoch relativ deutlich positiv. Obwohl das Ergebnis das Signifikanzniveau von 10% nicht erreicht, ist dieser Zusammenhang bemerkenswert und es sind zwei Gründe für diesen Befund vorstellbar, nämlich

- die Drogenkonsumentinnen befinden sich in einer Phase der Depression sensu Kübler-Ross, oder
- das Ergebnis kommt auf Grund geschlechtsspezifischer Erwartungen über adäquate Reaktionen auf Stressoren zustande.

Befassen wir uns vorerst mit dem ersten Interpretationsvorschlag. Gemäss Kübler-Ross (1972) machen Personen, nachdem sie die Diagnose einer chronischen Erkrankung erhalten haben, verschiedene Phasen durch. Eine Phase stellt diejenige der Depression dar, die dann eintritt, wenn Verleugnungsvorgänge nicht mehr möglich sind, Gefühle des Zorns gewichen und Verhandeln mit einer

übernatürlichen Kraft abgebrochen worden sind. Die Realisierung des Verlusts der körperlichen Unversehrtheit und der damit einhergehenden sekundären Stressoren führen zu Gefühlen der Depression bzw. der Verzweiflung. Inwiefern lassen sich auf Grund der uns vorliegenden Daten unterschiedliche Phasen der Bewältigungsprozesse im Umgang mit der Erkrankung vermuten? Die Ergebnisse zum aktuellen Gesundheitszustand wie auch zum allgemeinen Zustand des Immunsystems geben auf Gruppenebene keinen Hinweis darauf, dass die Drogenkonsumentinnen sich massgeblich von den anderen beiden Subgruppen unterscheiden. Was jedoch auf der Ebene in Zahlen wie dem Median zum Ausdruck kommt, sagt noch nichts über die individuelle Bedeutung des Bewältigungsprozesses aus. Das nicht signifikante Ergebnis weist darauf hin, dass das Ergebnis nicht generalisiert werden kann, sondern auf stichprobenspezifische Gegebenheiten zurückzuführen ist. Es kann gefolgert werden, dass sich unter Umständen in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen einzelne befinden, die in der Phase der Depression stecken. Dieser Umgang mit dem Leben mit einer HIV-Diagnose hat für sie jedoch keine negativen Auswirkungen auf die subjektive Zufriedenheit betreffend ihrer Bewältigung ihrer Krankheit, was in der vorliegenden Arbeit als Effektivitätskriterium gewählt wurde. Möglicherweise, weil sie gleichzeitig mit aktiv, problemorientiertem Coping reagieren (siehe positive Korrelation in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen) oder weil ihnen das soziale Umfeld das Gefühl vermittelt, dass eine depressive Phase zum Umgang mit einer chronischen Erkrankung natürlich und in Ordnung sei.

Als zweiter möglicher Grund für den auf den ersten Blick nicht ganz plausiblen positiven Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und subjektiver Zufriedenheit mit der eigenen Bewältigung der Krankheit werden geschlechtsspezifisch variierende Reaktionen diskutiert. Auch in der Vergangenheit wurde gezeigt, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede in Krankheitsverarbeitungsreaktionen zeigen: Während Frauen eher mit Emotionen reagieren, zeigen Männer eher Stoizismus (Catalan, Beevor et al., 1996; DeMarco, Miller et al., 1998; Thoits 1996, S. 59ff; Vingerhoets and Van Heck 1990). Vielleicht liegen diesen Reaktionen geschlechtsspezifische Verhaltenserwartungen der sozialen Umwelt zu Grunde. Diese weist unter Umständen den Frauen emotionale Reaktionen als legitim zu, während dies für Männer keine akzeptable Reaktion darstellt.

Die zwei Interpretationsvorschläge schliessen sich nicht aus. Sie sind beide plausibel und können sich sogar unterstützen. Frauen wird in der Phase der Depression eher das Gefühl vermittelt, dass diese Emotionen ein Teil des Umgangs mit der HIV-Infektion sind, und dass sie diese Gefühle auch zum Ausdruck bringen dürfen, was bei den Männern vielleicht weniger der Fall ist.

Als weitere gegensätzliche Ergebnisse sind diejenigen in Bezug auf den Verarbeitungsmodus Compliance und Arztvertrauen zu diskutieren. Dieser Modus stellt für die homosexuellen Männer einen klar effektiven Modus dar – er korreliert positiv mit dem Effektivitätskriterium. Dieser Krankheitsverarbeitungsmodus wirkt sich denn auch positiv auf den Gesundheitszustand aus. In der Gruppe der homosexuellen Männer zeigt sich im Durchschnitt der höchste Anstieg des CD4-Werts, was auf die regelmässige Einnahme der antiretroviralen Medikamente zurückgeführt werden kann (Tabelle 7). Bei den Drogenkonsumenten zeigt

sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Krankheitsverarbeitungsmodus Compliance und Arztvertrauen und dem Effektivitätskriterium, der allerdings nicht signifikant ist und deshalb nur für die vorliegende Gruppe von Drogenkonsumenten zutrifft. Hier scheint sich ein Konflikt zu befinden, zwischen dem Bewusstsein, dass Compliance und Arztvertrauen für ihren Gesundheitszustand zentral ist und den Nebeneffekten, die sich aus dem Zwang zur Therapietreue und dem Vertrauen in Ärzte/innen ergeben können. Antiretrovirale Therapien können nur dann erfolgreich sein, wenn die Patient/innen die Regeln der Medikamenteneinnahme strikte befolgen. Andernfalls kann das Virus gegenüber den Medikamenten eine Resistenz entwickeln. Neben der sorgfältigen Medikamenteneinnahme ist auch eine regelmässige Kontrolle bei sachverständigen Ärzten/innen notwendig. Dies scheint den Drogenkonsumenten bewusst zu sein, denn in dieser Subgruppe – wie auch in den beiden anderen – tritt dieser Krankheitsverarbeitungsmodus auf der Gruppenebene am häufigsten auf. Inwiefern einzelne Drogenkonsumenten im Sinne der sozialen Erwünschtheit während der Befragung die Aussagen zu Compliance und Arztvertrauen positiv gewichtet haben, bleibt offen. Es scheint aber in dieser Stichprobe der Drogenkonsumenten eine Tendenz zu bestehen, dass das Bewusstsein über die genaue Befolgung der Regeln für die eigene Gesundheit von ausserordentlich grosser Bedeutung ist. Gleichzeitig scheint dieses Verhalten nicht mit dem Gefühl verbunden zu sein, die Krankheit zufrieden stellend zu bewältigen. Dies erstaunt insofern, als die Einnahme von Medikamenten momentan das einzige Verhalten darstellt, das darauf abzielt, den Krankheitsverlauf der HIV-Infektion mittels eines problemorientierten Verhaltens zu beeinflussen. Möglicherweise empfinden die hier befragten Drogenkonsumenten zum Teil mehr negative Auswirkungen durch die Medikamenteneinnahme (z.B. auf Grund von Nebenwirkungen, einengender Regeln oder ärztlicher Kontrolle) als positive, nämlich eine Stabilisierung oder gar Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die letzten möglicherweise widersprüchlichen Resultate weisen darauf hin, dass je nach Gruppenzugehörigkeit unterschiedliche Verarbeitungsreaktionen normativ gültig und erwünscht sein können.

- Lassen sich zwei die Krankheitsverarbeitungsmodi charakterisierende Faktoren identifizieren?

Die mittels der Hauptkomponentenanalyse ermittelten beiden Faktoren ergeben, dass die auf dem ersten Faktor ladenden Modi eine kognitive und handlungsbezogene Auseinandersetzung mit den krankheitsbezogenen Anforderungen spiegeln. Es werden aktive Anstrengungen unternommen, das Leben mit einer HIV-Infektion zu bewältigen, man ermutigt sich selber, orientiert sich an positiven Aspekten der eigenen Lebenssituation und sucht nach einem Sinn. Inhaltlich beschreibt der zweite Faktor eine verleugnende Haltung gegenüber der Infektion, verbunden mit der Tendenz, die Infektion und deren Implikationen nicht wahrhaben zu wollen, und auf ein Wunder zu hoffen. Hinzu kommt ein Rückzug von der sozialen Umwelt. Diese inhaltliche Interpretation macht auch insofern Sinn, als Compliance und Arztvertrauen, was eine direkte Auseinandersetzung mit der Erkrankung impliziert, negativ auf diesen Faktor laden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Weimer, Clement und Nilsson-Schönnesson (1991)

in ihrer Stichprobe. Sie unterziehen die lange Version des FKVs, (in der vorliegenden Studie wurde die kurze Version des Fragebogens benutzt) einer faktoranalytischen Auswertung und identifizieren die beiden Faktoren der selbstaufwertenden Auseinandersetzungen und Vermeidung.

Die hier identifizierten Faktoren beinhalten die in der Forschungsliteratur sowie in den obigen Berechnungen für unsere Stichprobe identifizierten effektiven resp. ineffektiven Krankheitsverarbeitungsmodi. Somit wurde quasi mittels zweier Kriterien ermöglicht, die Anzahl der Verarbeitungsmodi auf zwei Faktoren zu reduzieren, die im Folgenden kurz "Effektive Verarbeitung" (= Faktor 1) und "Ineffektive Verarbeitung" (= Faktor 2) genannt werden.

Eine Bemerkung sei den Korrelationen zwischen den einzelnen Krankheitsverarbeitungsmodi beigefügt. Die positiven Korrelationen weisen darauf hin, dass Betroffene jeweils nicht zwingend nur mit einem Krankheitsverarbeitungsmodus reagieren, sondern dass gleichzeitig mit unterschiedlichen Modi reagiert werden kann. Zum Beispiel korreliert in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen der Krankheitsverarbeitungsmodus des aktiven, problemorientierten Coping positiv mit der depressiven Verarbeitung. Die negativen Korrelationen weisen darauf hin, dass es auch Krankheitsverarbeitungsmodi gibt, die sich auszuschliessen scheinen. So ist zum Beispiel in der Subgruppe der Drogenkonsumenten zu beobachten, dass Bagatellisierung und Wunschdenken eher nicht parallel zu Wunschdenken und Selbstaufbau auftreten. Es werden weniger häufig negative Zusammenhänge identifiziert.

- Wie lassen sich die sozialen Beziehungen in den Subgruppen charakterisieren?

Die soziale Integration durch die Berufsrolle ist bei den homosexuellen Männern weitaus am häufigsten erfüllt. Es fällt hingegen auf, dass obwohl die Drogenkonsumenten am wenigsten oft in einer Partnerschaft leben, bezüglich der Integration im primären Netz ähnliche Werte wie die homosexuellen Männer erreichen. Das lässt die Folgerung zu, dass die Drogenkonsumenten unabhängig von einer Partnerschaft eine ihnen nahe stehende Person haben (z.B. Mutter). Auf der subjektiven Ebene erreichen die Drogenkonsumentinnen bez. der wahrgenommenen sozialen Integration im sekundären Netz den höchsten Wert. Wird gefragt, wen die Drogenkonsumentinnen als informelle Unterstützungsquelle angeben, so zeigen sich im Vergleich zu den anderen Subgruppen die Arbeitskolleg/innen und die Nachbarschaft als vergleichsweise wichtige Unterstützungsquellen. Insofern kann gefolgert werden, dass für die Drogenkonsumentinnen, die eine Berufsrolle einnehmen, diese eine verhältnismässig wichtige Rolle für die Integration resp. den Zugang zu informellen Unterstützungsquellen spielt. Hinsichtlich einer Belastung auf Grund des Fehlens einer sozial erwünschten Rolle kann festgehalten werden, dass die Drogenkonsumierenden diesbezüglich einem höheren Ausmass an Belastungen ausgesetzt sind. Insbesondere bei den Drogenkonsumenten besteht eine Kumulation von allfälligen Belastungen – die Partnerlosen sind in höherem Ausmass erwerbslos als jene Drogenkonsumenten mit einer Partnerin (vgl. Anhang, Tabelle A1).

In Bezug auf die soziale Unterstützung zeigen sich im Vergleich zwischen den Subgruppen Unterschiede zwischen der wahrgenommenen und der erhaltenen Unterstützung. Die Drogenkonsumentinnen nehmen den höchsten Anteil an Unterstützung wahr und sie geben auch das höchste Ausmass an erhaltener Unterstützung in Form von informeller sowie formeller sozialer Unterstützung an. Die homosexuellen Männer befinden sich hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung an zweiter Stelle, nehmen also ein höheres Ausmass als die Drogenkonsumenten wahr. Die homosexuellen Männer erhalten ein höheres Ausmass an informeller, die Drogenkonsumenten an formeller sozialer Unterstützung. Die erhaltene Unterstützung kann insofern als Ausdruck einer Bedürftigkeit interpretiert werden, als die Unterstützung bei Bedarf geleistet resp. erhalten wird. Da Frauen im Bedarfsfall eher soziale Unterstützung mobilisieren, ist auch anzunehmen, dass sie auch ein höheres Ausmass erhalten. Bei den Männern zeigt sich der Unterschied vor allem darin, dass die Drogenkonsumenten öfter als die homosexuellen Männer formelle Quellen angeben.

- Welche Unterstützungsquellen nennen die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer?

Eine medizinische Fachperson als Unterstützungsquelle ist in allen Gruppen die bedeutsamste überhaupt. Dieses Ergebnis ist insofern plausibel, als die Studienteilnehmer/innen nach Quellen gefragt wurden, die ihnen im Zusammenhang mit ihrer HIV-Erkrankung Unterstützung geben. Des Weiteren ist zu bedenken, dass sich die Primärstudie vor allem mit der ärztlichen Betreuung befasste, so dass die Befragten gedanklich bereits sehr auf ihre betreuenden Ärzte/innen eingestellt waren. Als wichtigste informelle Quelle wurde für diejenigen, die eine Partnerschaft haben, der Partner, die Partnerin angegeben. Freund/innen werden häufiger als Unterstützungsquelle genannt als die Verwandtschaft. Diese Ergebnisse entsprechen früheren Forschungsergebnissen und sind typisch für die Erfahrungen von Menschen mit HIV (vgl. 2.5.1.2).

Grundsätzlich lässt sich beobachten, dass die Drogenkonsumierenden im Vergleich zu den homosexuellen Männern mehr formelle Quellen nennen, insbesondere die Frauen. Möglicherweise haben die formellen Quellen wie Seelsorge/Psychotherapie oder Kirche/Religion für Drogenkonsumierende eine verhältnismässig hohe Bedeutung, weil sich die Zusammensetzung des sozialen Netzwerkes bei Menschen mit Drogenabusus über die Zeit verändert und somit weniger stabile informelle Unterstützungsquellen beinhaltet (Hoffmann, Su et al., 1997). Dies steht im Gegensatz zu den homosexuellen Männern, wo die wichtigsten und engsten Bezugspersonen konstant bleiben (Schmid, Hüsler et al., 1993).



- Wie stehen die informellen und formellen Quellen zueinander?

Im Sinne der Hypothese haben die informellen Unterstützungsquellen für alle drei Subgruppen eine grössere Bedeutung als die formellen.

- Welche Unterstützungsarten werden von den informellen resp. den formellen Quellen geleistet?

Die informellen Quellen leisten v.a. emotionale Unterstützung, gefolgt von informativer und praktischer Unterstützung. Die formellen Unterstützungsquellen leisten am häufigsten informative Unterstützung, gefolgt von emotionaler und schliesslich praktischer Unterstützung. In der Reihenfolge unterscheiden sich die drei Subgruppen nicht. Doch hinsichtlich des Ausmasses an erhaltener emotionaler und praktischer Unterstützung aus formellen Quellen weisen die Drogenkonsumentinnen und -konsumenten höhere Werte auf als die homosexuellen Männer.

- Welche Positionen auf den Schichtdimensionen nehmen die Subgruppen ein?

Die homosexuellen Männer haben im Durchschnitt einen höheren Bildungsabschluss erreicht und verdienen mehr als die Subgruppen der Drogenkonsumierenden.

- Ist eine Statusinkonsistenz im Sinne eines Bildungsüberschusses feststellbar?

Hinsichtlich der Schichtdimensionen Bildung und Einkommen zeigt sich in keiner Gruppe eine Statusinkonsistenz. Nur bei den homosexuellen Männern zeigt sich ein problematischer Bildungsüberschuss, wenn die Zusammenhänge zwischen Bildung und Innehaben der Berufsrolle betrachtet wird. Man kann davon ausgehen, dass die gebildeteren homosexuellen Männer auf Grund ihres Gesundheitszustandes keine Erwerbstätigkeit ausüben. Dies kann ein Hinweis dafür sein, dass eine Statusinkonsistenz als sekundärer Stressor vorliegt, wo die Investition in Bildung nicht mit der erwarteten Belohnung im Sinne einer Erwerbstätigkeit einhergeht. Erklärungsbedürftig ist noch, weshalb zwischen Einkommen und Bildung ein positiver Zusammenhang besteht, wenn es doch die weniger gebildeten sind, die eine Erwerbstätigkeit haben. Die weniger gesunden homosexuellen Männer sind vielleicht aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, weil sie ihre Kräfte einteilen müssen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die weniger gesunden homosexuellen Männer bewusst aus dem Erwerbsleben ausgetreten sind, um die Belastungen einer Erwerbstätigkeit zu umgehen, und so ihre Gesundheit zu schonen oder um mehr Zeit für andere Aktivitäten zur Verfügung zu haben. Diese Option steht den weniger gesunden, besser gebildeten homosexuellen Männer offen, weil sie Ersparnisse haben und/oder weil die von ihnen einbezahlten Sozialleistungen jetzt eine genügend hohe Rente abwerfen. Gleichwohl ist anzunehmen, dass Renten ein tieferes Niveau erreichen als der frühere Verdienst, was gegebenenfalls auch als eine

Statusinkonsistenz wahrgenommen wird. Dass diese Statusinkonsistenz belastend sein kann, leitet sich aus Thoits' (1991) Überlegungen ab, wonach es eine Hierarchie von Identitäten gibt, die die Individuen aus ihren verschiedenen Rollen ableiten. Für Männer ist die Berufsrolle eine Leistungsrolle und wenn in die Bildung investiert worden ist, kann man davon ausgehen, dass die Berufsrolle eine verhältnismässig wichtige Identität darstellt. Hier kann man von einem Rollenstress sprechen. Für die Frauen wurde in diesem Sinne kein Bildungsüberschuss festgestellt.

## 4.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen

Nachdem im vorhergehenden Abschnitt die Ausprägungen der für die vorliegende Arbeit zentralen Konstrukte – nämlich Krankheitsverarbeitung, sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit – in den drei Subgruppen betrachtet wurden, folgen jetzt die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den Konstrukten in den einzelnen Subgruppen. In diesem ersten Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen untersucht.

In der vorliegenden Arbeit werden folgende Dimensionen von sozialen Beziehungen betrachtet: soziale Integration, soziale Unterstützung und Strukturaspekte des Unterstützungsnetzwerks. Die soziale Integration wurde zum einen aus der Rollenperspektive durch das Innehaben der Partner/innen- und Berufsrolle operationalisiert. Zum anderen liegen Angaben zur subjektiv empfundenen Integration im primären und sekundären Netz vor. Soziale Unterstützung als positive Funktion von sozialen Beziehungen wurde als wahrgenommene Unterstützung und als erhaltene Unterstützungsarten erhoben. Schliesslich wurde die Struktur des Unterstützungsnetzwerks berücksichtigt, indem nach informellen resp. formellen Unterstützungsquellen unterschieden wurde. Die nachstehenden Ausführungen sind entsprechend dieser Merkmale gegliedert. Die negativen Auswirkungen von sozialer Isolation resp. von sozialer Unterstützung werden nicht in einem eigenen Abschnitt betrachtet, sondern direkt in die folgenden Darstellungen eingeflochten, da sie jeweils die Kehrseite der positiven Aspekte der sozialen Integration resp. der sozialen Unterstützung beinhalten.

Zunächst wird noch in der vorliegenden Arbeit das Verhältnis von Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen behandelt. In den theoretischen Ausführungen unter 2.4.2.1.2 wurden drei Möglichkeiten postuliert: Soziale Unterstützung als Stressverarbeitungsmodus, soziale Unterstützung als Stressverarbeitungs-Ressource und soziale Unterstützung als Stressverarbeitungs-Hilfe. Da die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung im verwendeten Erhebungsinstrument nicht als eigener Modus erhoben wird<sup>30</sup> und die Erhebungsweise von sozialer Unterstützung und Krankheitsverarbeitung

---

<sup>30</sup> Dies wird vom Autor des Tests im Testmanual kritisch diskutiert (Muthny, F. A. 1989) und weist auf die bereits angesprochene Schwierigkeit hin, Verarbeitung und soziale Unterstützung zu unterscheiden.

nicht ermöglichen, die soziale Unterstützung als verstärkende Verarbeitungs-Hilfe aufzufassen, wird die soziale Unterstützung hier als Ressource resp. als komplementär zu den eigenen Stressverarbeitungs-Reaktionen angesehen.

#### **4.2.1      Untersuchte Fragestellungen**

Kern dieses Abschnittes bilden die Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung: Inwiefern bestehen Zusammenhänge zwischen sozialer Integration resp. sozialer Unterstützung und Krankheitsverarbeitung und wie sehen sie aus?

Als Teilfragestellung wird analysiert, inwiefern sich unterschiedliche Ergebnisse für erhaltene resp. wahrgenommene soziale Unterstützung zeigen. Aus der Literatur ergeben sich keine klaren Hinweise darauf, wie wahrgenommene Unterstützung im Gegensatz zur erhaltenen Unterstützung gegebenenfalls unterschiedlich mit Krankheitsverarbeitung zusammenhängt. Insofern bietet sich keine Hypothesenformulierung an. Die Ergebnisse werden deskriptiv dargestellt und haben somit einen explorativen Charakter.

#### **4.2.2      Krankheitsverarbeitung und soziale Integration**

Die Analysen zu den Zusammenhängen zwischen Ausmass der sozialen Integration und Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen stellt Tabelle 21 dar. Die fehlende Partnerschaft führt bei den Drogenkonsumentinnen zu einem erhöhten Ausmass an effektiven Verarbeitungsreaktionen und bei den homosexuellen Männern zu vermehrten ineffektiven Verarbeitungsreaktionen. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten werden keine statistisch signifikanten Zusammenhänge identifiziert. Die fehlende Berufsrolle korreliert ebenfalls im Sinne der alternativen Hypothese bei den Drogenkonsumentinnen wie bei den Drogenkonsumenten mit einem erhöhten Ausmass an Verarbeitungsreaktionen. Bei den homosexuellen Männern wird ebenfalls ein negativer Zusammenhang identifiziert, der jedoch statistisch nicht signifikant ist. Die subjektiv wahrgenommene Integration im primären Netz korreliert bei den Drogenkonsumenten positiv mit dem Ausmass an ineffektiven Verarbeitungsleistungen. Schliesslich korreliert die subjektiv wahrgenommene Integration im sekundären Netz mit einem höheren Ausmass an effektiver Verarbeitung bei den Drogenkonsumenten.

Tabelle 21: Korrelationen der sozialen Integration mit Verarbeitung (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

|                                |        | Effektive Krankheitsverarbeitung |                 |              | Ineffektive Krankheitsverarbeitung |                 |              |
|--------------------------------|--------|----------------------------------|-----------------|--------------|------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                |        |                                  | DK <sup>a</sup> | Homosexuelle |                                    | DK <sup>a</sup> | Homosexuelle |
|                                |        | Frauen                           | Männer          | Männer       | Frauen                             | Männer          | Männer       |
| Partnerrolle                   | $\tau$ | <b>-0.61</b>                     | -0.10           | -0.09        | 0.05                               | 0.03            | <b>-0.16</b> |
|                                | p      | <b>0.01</b>                      | ns              | ns           | ns                                 | ns              | <b>0.09</b>  |
|                                | N      | <b>11</b>                        | 14              | 48           | <b>11</b>                          | 14              | <b>48</b>    |
| Berufsrolle                    | $\tau$ | <b>-0.54</b>                     | <b>-0.30</b>    | -0.12        | -0.20                              | 0.05            | 0.01         |
|                                | p      | <b>0.02</b>                      | <b>0.10</b>     | ns           | ns                                 | ns              | ns           |
|                                | N      | <b>11</b>                        | <b>14</b>       | 48           | <b>11</b>                          | 14              | 48           |
| Integration im primären Netz   | $\tau$ | 0.15                             | -0.25           | 0.13         | 0.28                               | <b>0.46</b>     | -0.11        |
|                                | p      | ns                               | ns              | ns           | ns                                 | <b>0.02</b>     | ns           |
|                                | N      | 11                               | 13              | 46           | 11                                 | <b>13</b>       | 46           |
| Integration im sekundären Netz | $\tau$ | 0.23                             | <b>-0.64</b>    | 0.10         | 0.09                               | -0.06           | -0.11        |
|                                | p      | ns                               | <b>0.001</b>    | ns           | ns                                 | ns              | ns           |
|                                | N      | 11                               | <b>14</b>       | 47           | 11                                 | 14              | 47           |

<sup>a</sup> DK = Drogenkonsumierende

Bemerkung: Die Bildung der Krankheitsverarbeitungs-Skalen ist unter 4.1.4.3 beschrieben. Die effektive Verarbeitung umfasst die kognitive und handlungsbezogene Auseinandersetzung mit und Bewältigung von einem Leben mit HIV. Ineffektive Verarbeitung zeichnet sich durch eine vermeidende Haltung aus.

### 4.2.3 Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung

Im folgenden Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Unterstützung und Krankheitsverarbeitung analysiert. Des Weiteren werden die Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und dem Ausmass der erhaltenen sozialen Unterstützung betrachtet, unterteilt in erhaltene informelle und erhaltene formelle Unterstützung.

Die Skalenbildung ist im Methodenteil detaillierter dargestellt. Tabelle 22 zeigt die Resultate der Analysen für die drei untersuchten Subgruppen.

Tabelle 22: Korrelationen zwischen der sozialen Unterstützung und der Krankheitsverarbeitung (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

|                                    |        | Effektive Krankheitsverarbeitung |              |              | Ineffektive Krankheitsverarbeitung |              |              |
|------------------------------------|--------|----------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------|--------------|--------------|
|                                    |        | DK*                              |              | Homosexuelle | DK*                                |              | Homosexuelle |
|                                    |        | Frauen                           | Männer       | Männer       | Frauen                             | Männer       | Männer       |
| Wahrgenommene Unterstützung        | $\tau$ | 0.15                             | <b>-0.34</b> | 0.06         | 0.20                               | <b>0.29</b>  | 0.05         |
|                                    | p      | ns                               | <b>0.06</b>  | ns           | Ns                                 | <b>0.09</b>  | ns           |
|                                    | N      | 11                               | <b>14</b>    | 48           | 11                                 | <b>14</b>    | 48           |
| Erhaltene informelle Unterstützung | $\tau$ | 0.00                             | -0.12        | <b>0.24</b>  | 0.00                               | -0.16        | 0.09         |
|                                    | p      | ns                               | ns           | <b>0.02</b>  | Ns                                 | ns           | ns           |
|                                    | N      | 11                               | 14           | <b>47</b>    | 11                                 | 14           | 47           |
| Erhaltene formelle Unterstützung   | $\tau$ | <b>0.42</b>                      | <b>0.33</b>  | 0.16         | 0.15                               | <b>-0.22</b> | -0.02        |
|                                    | p      | <b>0.04</b>                      | <b>0.07</b>  | ns           | Ns                                 | <b>0.09</b>  | ns           |
|                                    | N      | 11                               | <b>13</b>    | 45           | 11                                 | <b>13</b>    | 45           |

\* DK = Drogenkonsumierende

Bemerkung: Die Bildung der Krankheitsverarbeitungs-Skalen ist unter 4.1.4.3 beschrieben. Die effektive Verarbeitung umfasst die kognitive und handlungsbezogene Auseinandersetzung mit und Bewältigung von einem Leben mit HIV. Ineffektive Verarbeitung zeichnet sich durch eine vermeidende Haltung aus.

Es werden wenige statistisch signifikante Zusammenhänge identifiziert: Die wahrgenommene soziale Unterstützung korreliert ausschliesslich in der Gruppe der Drogenkonsumenten mit Krankheitsverarbeitung und zwar negativ mit effektiver Krankheitsverarbeitung hingegen positiv mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung. Erhaltene informelle Unterstützung hängt in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen positiv mit effektiver Krankheitsverarbeitung zusammen. In den anderen beiden Subgruppen werden keine Zusammenhänge identifiziert. Die erhaltene formelle Unterstützung korreliert in der Gruppe der Drogenkonsumentinnen positiv mit der effektiven Krankheitsverarbeitung. Auch bei den

Drogenkonsumenten wird dieser positive Zusammenhang identifiziert. Erhaltene formelle Unterstützung hängt bei den Drogenkonsumenten aber auch negativ mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung zusammen. In der Subgruppe der homosexuellen Männer werden keine Zusammenhänge zwischen erhaltener Unterstützung und Krankheitsverarbeitung gefunden.

#### 4.2.4 Beantwortung der Fragestellungen

- Als Hauptfrage widmete sich dieser Abschnitt den Zusammenhängen zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung: inwiefern bestehen solche Zusammenhänge und wie sehen sie aus?

Entsprechend der Unterscheidung von sozialen Beziehungen in verschiedene Konstrukte wurden Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und i) sozialer Integration (operationalisiert als Partner- und Berufsrolle resp. subjektiv wahrgenommener Integration im primären und sekundären Netz) und ii) wahrgenommener resp. erhaltener sozialer Unterstützung analysiert. Die Fragestellung kann folgendermassen beantwortet werden.

Soziale Integration und Krankheitsverarbeitung: Der grösste Teil der identifizierten Zusammenhänge führt zur Annahme der Hypothese, wonach bei tieferer sozialer Integration ein Stresserleben vorliegt und ein höheres Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen vorhanden ist als bei höherer sozialer Integration. Hierbei kann die soziale Integration entweder die Entstehung von Stress verhindern oder die allfälligen negativen Effekte eines Ereignisses puffern. Oder das tiefere Ausmass an sozialer Integration steigert das Stresserleben und diese Belastung kommt zu der zu verarbeitenden Lebenssituation einer HIV-Infektion hinzu. Eine Ausnahme bildet der positive Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Integration im primären Netz und ineffektiver Verarbeitung bei den Drogenkonsumenten. Das höhere Ausmass an subjektiv empfundener Integration hängt mit einem höheren Ausmass an ineffektiven Verarbeitungsreaktionen zusammen, die sich in Form einer vermeidenden Haltung verbunden mit sozialem Rückzug äussert. Möglicherweise hat dieser Zustand zur Folge, dass jemand aus dem sozialen Umfeld aktiv auf die Betroffenen zugeht und ihnen das Gefühl von sozialer Integration gibt. Hierbei scheint es sich nicht um die Partnerin zu handeln, denn zwischen Einnahme der Partnerrolle und ineffektiver Verarbeitung wird kein entsprechender Zusammenhang identifiziert.

Die Analysen der Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Krankheitsverarbeitung zeigen signifikante Resultate, die mehrheitlich eine positive Richtung haben und zwischen den Ausmassen der erhaltenen Unterstützung und der effektiven Krankheitsverarbeitung bestehen. Dies kann interpretiert werden, als dass die erhaltene Unterstützung, im Gegensatz zur wahrgenommenen Unterstützung, eine gewisse Bedürftigkeit spiegelt und als Krisenunterstützung bezeichnet werden kann. Das heisst, der erhaltenen Unterstützung ist ein Stressor vorausgegangen, wie dies auch bei

Krankheitsverarbeitungsreaktionen definitionsgemäss der Fall ist. Die beiden Subgruppen der Drogenkonsumierenden erhalten ein höheres Ausmass an formeller Unterstützung je höher das Ausmass an effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen ist. Bei den homosexuellen Männern korreliert das Ausmass an erhaltener informeller Unterstützung positiv mit der effektiven Krankheitsverarbeitung. Diese gruppenspezifischen Unterschiede spiegeln die bereits früher identifizierte grössere Bedeutung der formellen Quellen für die Drogenkonsumierenden als für die homosexuellen Männer. Des Weiteren können sie als Hinweis dienen, dass das informelle Netz der homosexuellen Männer mehr Ressourcen zur Verfügung stellt, weshalb ein Rückgriff auf dieses möglich ist. Bei den Drogenkonsumierenden ist dies weniger der Fall, so dass das formelle Netz zum Tragen kommt.

Es sind verschiedene Wirkungsweisen möglich, auf denen diese Zusammenhänge basieren:

- Krankheitsverarbeitungsreaktionen führen zum Erhalt von sozialer Unterstützung: Die effektive Krankheitsverarbeitung beinhaltet eine aktive Auseinandersetzung mit Problemlagen und diese Haltung kann dazu führen, dass Unterstützungsquellen identifiziert und mobilisiert werden. Oder die soziale Umwelt nimmt bei Personen mit effektiver Krankheitsverarbeitung den Bedarf wahr und bietet eine entsprechende Hilfsleistung an.
- Erhaltene soziale Unterstützung beeinflusst Krankheitsverarbeitungsreaktionen positiv: Personen, die sich offensichtlich in einer Stresssituation befinden, erhalten soziale Unterstützung, die bei ihnen eine aktive, sich dem Problem stellende Krankheitsverarbeitung auslöst.
- Erhaltene soziale Unterstützung beeinflusst Krankheitsverarbeitungsreaktionen negativ: Die erhaltene Unterstützung kann zu einem Stresserleben führen, das zu einem erhöhten Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen führt.

Ein Blick auf die bisherigen Analysen lässt vermuten, dass die erste und/oder zweite Erklärung zutrifft. Bei den Drogenkonsument/innen sind es die erwerbslosen, die ein höheres Ausmass an effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen zeigen. Wie die Interkorrelationen zwischen den Grössen der sozialen Beziehungen zeigen (siehe Anhang, Tabelle A3), geht die fehlende Erwerbstätigkeit mit einem höheren Ausmass erhaltener Unterstützung aus formellen Quellen einher. In der Subgruppe der homosexuellen Männer korreliert das Innehaben der Berufsrolle negativ mit dem Ausmass an erhaltener informeller Unterstützung und mit dem Ausmass an erhaltener formeller Unterstützung. Es lässt sich also für alle drei Subgruppen folgern, dass die Erwerbslosigkeit zu einem Spannungszustand führt, der zum einen soziale Unterstützung aus der Umwelt mobilisiert, auf den zum anderen effektive Krankheitsverarbeitungsreaktionen folgen. Ob die erhaltene soziale Unterstützung die effektive Krankheitsverarbeitung fördert oder umgekehrt, die Reaktionen der Betroffenen auf die Situation zu einer Mobilisierung der sozialen Unterstützung führen, kann mit den vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung korreliert ausschliesslich bei den Drogenkonsumenten signifikant mit der Krankheitsverarbeitung. Die wahrgenommene Unterstützung führt zu einem tieferen Ausmass an effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen, jedoch zu einem höheren Ausmass an

ineffektiven Reaktionen; dies war auf Grund früherer Studienergebnissen insofern nicht zu erwarten, da der wahrgenommenen sozialen Unterstützung vor allem positive Effekte zugeschrieben werden. Es scheint, dass diejenigen Drogenkonsumenten, die depressive, von sozialem Rückzug geprägte Krankheitsverarbeitungsreaktionen zeigen, im sozialen Umfeld Empathie auslösen, die sich in Form eines höheren Ausmasses an sozialer Integration im primären Netz zeigt (vgl. Ergebnisse oben) und sich auf die wahrgenommene Unterstützung auswirkt (positiver signifikanter Zusammenhang zwischen Integration im primären Netz und wahrgenommener Unterstützung, siehe Anhang Tabelle A3).

- Zeigen sich andere Ergebnisse für erhaltene resp. wahrgenommene soziale Unterstützung?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die unterschiedlichen Erhebungsarten von sozialer Unterstützung auch in den Ergebnissen niederschlagen. Zwischen wahrgenommener Unterstützung und Krankheitsverarbeitung wurden nur für die Drogenkonsumenten Zusammenhänge identifiziert. Hingegen zeigen sich vermehrte statistisch signifikante positive Zusammenhänge zwischen erhaltener Unterstützung und Krankheitsverarbeitung.

Die unterschiedlichen Zusammenhänge können darauf zurückgeführt werden, dass mit der wahrgenommenen Unterstützung, die in der vorliegenden Arbeit mittels eines Items erhoben wurde, eine allgemeine Einschätzung vorgenommen wird. Hierbei wird je nach individueller Definition von sozialer Unterstützung allenfalls erhaltene soziale Unterstützung nicht als solche wahrgenommen. Ein Blick auf die Interkorrelationen zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung in den Subgruppen zeigt Folgendes: Nur bei den Drogenkonsumentinnen korreliert die erhaltene informelle soziale Unterstützung mit der wahrgenommenen Unterstützung (vgl. Anhang: Unterstützungsmasse). Die Drogenkonsumenten und die homosexuellen Männer nehmen die erhaltene soziale Unterstützung also nicht als solche wahr. Dies erklärt auch die unterschiedlichen Ergebnisse für die erhaltene und wahrgenommene Unterstützung für die Drogenkonsumenten.

Es zeigt sich auch, dass in allen Gruppen ein verhältnismässig hohes Ausmass an Unterstützung wahrgenommen wird (vgl. Tabelle 15). Erst wenn detailliert nachgefragt wird und sich die Studienteilnehmer/innen genauer überlegen, welche Art von Unterstützung sie von wem erhalten, zeigen sich spezifischere Ergebnisse.



### 4.3 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit

#### 4.3.1 Untersuchte Fragestellung

Inwiefern variiert effektive sowie ineffektive Krankheitsverarbeitung mit den beiden Schichtdimensionen?

#### 4.3.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Korrelationen zwischen den Schichtdimensionen und Krankheitsverarbeitung sind in der Tabelle 23 dargestellt.

Die Schichtdimension Einkommen korreliert in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen negativ sowohl mit der effektiven als auch mit der ineffektiven Verarbeitung. Für die Drogenkonsumenten wird ebenfalls ein negativer Zusammenhang mit der effektiven Verarbeitung, aber keiner für die ineffektive Verarbeitung identifiziert. In der Subgruppe der homosexuellen Männer zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen der Schichtdimension Einkommen und Verarbeitung. Bildung als zweite hier betrachtete Schichtdimension steht bei den Drogenkonsumentinnen in einem negativen Zusammenhang mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung. Es werden keine weiteren statistisch signifikanten Zusammenhänge identifiziert.

Tabelle 23: Korrelationen zwischen Schichtdimensionen und Verarbeitung (Kendalls Tau, einseitig, 10% Sig.-Niveau)

|           |        | Effektive Krankheitsverarbeitung |              |              | Ineffektive Krankheitsverarbeitung |           |              |
|-----------|--------|----------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------|-----------|--------------|
|           |        | DK*                              |              | Homosexuelle | DK*                                |           | Homosexuelle |
|           |        | Frauen                           | Männer       | Männer       | Frauen                             | Männer    | Männer       |
| Einkommen | $\tau$ | <b>-0.51</b>                     | <b>-0.49</b> | 0.03         | <b>-0.41</b>                       | 0.06      | 0.04         |
|           | p      | <b>0.03</b>                      | <b>0.02</b>  | ns           | <b>0.07</b>                        | ns        | ns           |
|           | N      | <b>11</b>                        | <b>14</b>    | 48           | <b>11</b>                          | <b>14</b> | 48           |
| Bildung   | $\tau$ | 0.09                             | -0.15        | 0.06         | <b>-0.32</b>                       | -0.25     | 0.08         |
|           | p      | ns                               | ns           | ns           | <b>0.11</b>                        | ns        | ns           |
|           | N      | <b>11</b>                        | <b>14</b>    | 48           | <b>11</b>                          | <b>14</b> | 48           |

\* DK = Drogenkonsumierende

Bemerkung: Die Bildung der Krankheitsverarbeitungs-Skalen ist unter 4.1.4.3 beschrieben. Die effektive Verarbeitung umfasst die kognitive und handlungsbezogene Auseinandersetzung mit und Bewältigung von einem Leben mit HIV. Ineffektive Verarbeitung zeichnet sich durch eine vermeidende Haltung aus.

#### 4.3.3 Beantwortung der Fragestellung

- Inwiefern variiert effektive sowie ineffektive Krankheitsverarbeitung mit den beiden Schichtdimensionen?

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den Schichtdimensionen und effektiver resp. ineffektiver Krankheitsverarbeitung zeigen hauptsächlich Korrelationen mit dem Einkommen und dies ausschliesslich für die Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten. Die Resultate legen die Interpretation nahe, dass ein tieferes Ausmass an finanziellen Ressourcen zu einem Spannungszustand führt, der in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitungs-Reaktionen resultiert. Wie wir schon im Zusammenhang mit den Korrelationen zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitungsreaktionen gesehen haben, korreliert die fehlende Berufsrolle bei den Drogenkonsument/innen ebenfalls negativ mit effektiver Krankheitsverarbeitung. Ein tiefes Ausmass an finanziellen Ressourcen, das durch die fehlende Berufsrolle bedingt ist, führt zu einem Spannungszustand, der zur Verarbeitung der chronischen Erkrankung hinzukommt und zu einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen führt. Der erhöhte Spannungszustand führt ausschliesslich bei den Drogenkonsument/innen zu einem erhöhten Ausmass an Reaktionen – die homosexuellen Männer haben auf Grund ihres höheren Einkommens und evtl. Ersparnissen genügend finanzielle Ressourcen und kommen weniger in Stress. Es fällt auf, dass die Spannungssituation in effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen resultiert. Bei den Drogenkonsumentinnen führt dies auch zu ineffektiven Reaktionen. Dies scheint eine geschlechtsspezifische Besonderheit zu sein, denn bei den Drogenkonsumentinnen schliessen sich eher effektive und ineffektive Verarbeitungsreaktionen nicht gegenseitig aus, was bei den Drogenkonsumenten der Fall ist (vgl. Tabelle 10).

Der negative Zusammenhang zwischen kognitiven Ressourcen und ineffektiver Krankheitsverarbeitung bei den Drogenkonsumentinnen lässt sich so interpretieren, dass die Drogenkonsumentinnen mit einem tieferen Ausmass an kognitiven Ressourcen ihre Lebenssituation als unkontrollierbar wahrnehmen, was sich in einem erhöhten Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung äussert. Sie reagieren vermehrt mit einer vermeidenden Haltung. Der entsprechende Zusammenhang zeigt sich bei den anderen Subgruppen nicht, weil sie im Durchschnitt eine höhere Ausbildung haben (vgl. Tabelle 18). Der Unterschied im Bildungsstand ist zwar klein und vermutlich ist er nicht allein ausschlaggebend für die unterschiedlichen Ergebnisse. Möglich ist, dass die tiefer gebildeten Drogenkonsumentinnen zusätzliche Anforderungen zu verarbeiten haben, was sie überfordert und zu hilflosen Reaktionen führt. Oder es handelt sich um geschlechtsspezifische Reaktionen – zeigen doch Frauen im Vergleich zu Männern vermehrt depressive Verarbeitungsreaktionen (während Männer vermehrt mit Suchtverhalten reagieren). Doch kann diese Frage, auch mit Blick auf die späteren Ergebnisse nicht eindeutig beantwortet werden.

Schliesslich kann man sich fragen, weshalb sich bei den homosexuellen Männern keine Zusammenhänge zwischen den Schichtdimensionen und Krankheitsverarbeitung ergeben. Es ist anzunehmen, dass ein sehr tiefes Einkommen zu einem erhöhten Stressempfinden resp. vermehrten Krankheitsverarbeitungsreaktionen führt. Da die homosexuellen Männer in der vorliegenden Stichprobe im Durchschnitt ein höheres Einkommen als die beiden Subgruppen der Drogenkonsumierenden haben, kann vermutet werden, dass ihre finanziellen Ressourcen ausreichend sind, so dass kein Spannungszustand entsteht. Oder anders gesagt: das höhere Ausmass an vorhandenen finanziellen Ressourcen lässt den Spannungszustand gar nicht entstehen und wirkt als Puffer.

#### 4.4 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit

Die in diesem Abschnitt betrachtete Hauptfrage befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen Schichtdimensionen und sozialen Beziehungen. Damit soll einer mehrmals geäußerten Forderung nachgekommen werden, dass soziale Beziehungen in grössere makrosoziologische Konzepte eingebettet werden, resp. auch als abhängige Variable untersucht werden müssen (Berkman, Glass et al., 2000; House, Umberson et al., 1988, S. 310; Pearlin, 1989, S. 251; Wasserman and Galaskiewicz, 1994, S. XI–XIV).

Das Konzept der sozialen Beziehungen wird in folgende Dimensionen unterteilt: soziale Integration, soziale Unterstützung und Strukturaspekte des Unterstützungsnetzwerks. Die soziale Integration wurde zum einen aus der Rollenperspektive durch das Innehaben der Partner/innen- und Berufsrolle operationalisiert. Zum anderen liegen Angaben zur subjektiv empfundenen Integration im primären und sekundären Netz vor. Soziale Unterstützung als positive Funktion von sozialen Beziehungen wurde als wahrgenommene Unterstützung und als erhaltene Unterstützungsarten erhoben. Schliesslich wurde die Struktur des Unterstützungsnetzwerks berücksichtigt, indem nach informellen resp. formellen Unterstützungsquellen unterschieden wird. Im folgenden Abschnitt werden Zusammenhänge zwischen diesen Konstrukten und den beiden Schichtdimensionen Bildung sowie Einkommen gesucht.

##### 4.4.1 Untersuchte Fragestellungen

Die Hauptfrage dieses Abschnittes lautet:

- Welche Zusammenhänge können zwischen Schichtdimensionen und sozialen Beziehungen in dieser Arbeit identifiziert werden?

Zusätzlich werden folgende Teilfragestellungen untersucht:

- Inwiefern ergeben sich unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und der erhaltenen resp. wahrgenommenen sozialen Unterstützung? Diese Frage leitet sich aus den früheren Forderungen ab, dass wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung voneinander unterschieden werden sollen.
- Sind identifizierbare Belastungen auf Grund von sozialen Beziehungen ungleich über die Schichtdimensionen verteilt? Im vorliegenden Datensatz ist ersichtlich, wie ungleich das Fehlen einer sozial erwünschten Partner- oder Berufsrolle ungleich ist.
- Zeigen sich Zusammenhänge zwischen den aus dem formellen und informellen Unterstützungsnetzwerk erhaltenen Unterstützungsarten und Schichtdimensionen?

#### 4.4.2 Schichtdimensionen und soziale Integration

Die in Tabelle 24 dargestellten Resultate der Korrelationen von Schichtdimensionen und den Grössen der sozialen Integration zeigen Folgendes: Bei den Drogenkonsumentinnen hängt das Einkommen stark positiv mit der Berufsrolle zusammen. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten korreliert ein höheres Einkommen positiv mit allen Indikatoren der sozialen Integration. Bei den homosexuellen Männern schliesslich korreliert das Einkommen positiv mit dem Einnehmen der Berufsrolle. Die Schichtdimension Bildung hängt in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen positiv mit der sozialen Integration im sekundären Netz zusammen. Für die Drogenkonsumenten geht wider Erwarten eine relativ tiefere Bildung mit dem Einnehmen der Berufsrolle und mit einem im Vergleich zu den besser gebildeten Drogenkonsumenten höheren Ausmass an sozialer Integration im primären Netz einher. In der Subgruppe der homosexuellen Männer schliesslich korreliert Bildung negativ mit dem Einnehmen der Berufsrolle und positiv mit der subjektiven Wahrnehmung über die Integration im primären Netz.

Tabelle 24: Korrelationen der sozialen Integration mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

|           |   | Partnerrolle         |             |                             | Berufsrolle          |              |                             | Integration im primären Netz |              | Integration im sekundären Netz |                      |             |                             |
|-----------|---|----------------------|-------------|-----------------------------|----------------------|--------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------------------------|----------------------|-------------|-----------------------------|
|           |   | DK*<br>Frauen Männer |             | Homo-<br>sexuelle<br>Männer | DK*<br>Frauen Männer |              | Homo-<br>sexuelle<br>Männer | DK*<br>Frauen Männer         |              | Homo-<br>sexuelle<br>Männer    | DK*<br>Frauen Männer |             | Homo-<br>sexuelle<br>Männer |
| Einkommen | τ | 0.21                 | <b>0.44</b> | 0.04                        | <b>0.83</b>          | <b>0.70</b>  | <b>0.35</b>                 | -<br>0.09                    | <b>0.45</b>  | 0.08                           | 0.3<br>2             | <b>0.52</b> | 0.12                        |
|           | p | ns                   | <b>0.06</b> | ns                          | <b>0.00</b><br>4     | <b>0.006</b> | <b>0.005</b>                | ns                           | <b>0.05</b>  | Ns                             | ns                   | <b>0.02</b> | ns                          |
|           | N | 11                   | <b>14</b>   | 48                          | <b>11</b>            | <b>14</b>    | <b>48</b>                   | 11                           | <b>13</b>    | 46                             | 11                   | <b>14</b>   | 47                          |
| Bildung   | τ | -0.26                | 0.18        | 0.16                        | 0.16                 | <b>-0.34</b> | <b>-0.22</b>                | 0.28                         | <b>-0.39</b> | <b>0.40</b>                    | <b>0.5</b><br>0      | -0.03       | 0.00                        |
|           | p | ns                   | ns          | ns                          | ns                   | <b>0.10</b>  | <b>0.06</b>                 | ns                           | <b>0.07</b>  | <b>0.002</b>                   | <b>0.0</b><br>5      | ns          | ns                          |
|           | N | 11                   | <b>14</b>   | 48                          | 11                   | <b>14</b>    | <b>48</b>                   | 11                           | <b>13</b>    | <b>46</b>                      | 11                   | <b>14</b>   | 47                          |

\* DK = Drogenkonsumierende

#### 4.4.3 Schichtdimensionen und soziale Unterstützung

Die wahrgenommene Unterstützung korreliert in der Gruppe der Drogenkonsumentinnen mit keiner Schichtdimension statistisch signifikant. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten korreliert die Bildung signifikant negativ mit wahrgenommener Unterstützung und bei den homosexuellen Männern korrelieren beide Schichtdimensionen positiv mit dem Ausmass an wahrgenommener Unterstützung (Tabelle 25).

Zwischen erhaltener informeller Unterstützung und Schichtdimensionen wird in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen ein negativer Zusammenhang zwischen Bildung und erhaltener informeller Unterstützung identifiziert. Bei den Drogenkonsumenten korreliert Bildung hingegen positiv mit der erhaltenen informellen Unterstützung.

Für die Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und erhaltener formeller Unterstützung wurde keine Hypothese formuliert. Hier hätte man annehmen können, dass mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen vermehrte Unterstützung aus formellen Quellen, deren Dienstleistungen bezahlt werden müssen, bezogen wird. Diese Frage lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht überprüfen. Es wurden hingegen Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen den aus formellen resp. informellen Quellen erhaltenen Unterstützungsarten aufgestellt. Über die diesbezüglichen Ergebnisse geben die Tabellen 26 und 27 Auskunft)

Tabelle 25: Korrelationen der sozialen Unterstützung mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

|           |        | Wahrgenommene Unterstützung |              |                      | Erhaltene informelle Unterstützung |             |                      | Erhaltene formelle Unterstützung |              |                      |
|-----------|--------|-----------------------------|--------------|----------------------|------------------------------------|-------------|----------------------|----------------------------------|--------------|----------------------|
|           |        | DK*                         |              | Homo-sexuelle Männer | DK*                                |             | Homo-sexuelle Männer | DK*                              |              | Homo-sexuelle Männer |
|           |        | Frauen                      | Männer       |                      | Frauen                             | Männer      |                      | Frauen                           | Männer       |                      |
| Einkommen | $\tau$ | 0.18                        | 0.29         | <b>0.34</b>          | -0.03                              | 0.29        | -0.06                | -0.29                            | <b>-0.55</b> | <b>-0.16</b>         |
|           | p      | ns                          | ns           | <b>0.005</b>         | ns                                 | ns          | ns                   | ns                               | <b>0.02</b>  | <b>0.11</b>          |
|           | N      | 11                          | 14           | <b>48</b>            | 11                                 | 14          | 47                   | 11                               | <b>13</b>    | <b>45</b>            |
| Bildung   | $\tau$ | 0.26                        | <b>-0.33</b> | <b>0.27</b>          | <b>-0.40</b>                       | <b>0.37</b> | -0.06                | 0.19                             | <b>0.41</b>  | 0.03                 |
|           | p      | ns                          | <b>0.08</b>  | <b>0.02</b>          | <b>0.07</b>                        | <b>0.06</b> | ns                   | ns                               | <b>0.05</b>  | ns                   |
|           | N      | 11                          | <b>14</b>    | <b>48</b>            | <b>11</b>                          | <b>14</b>   | 47                   | 11                               | <b>13</b>    | <b>45</b>            |

\* DK = Drogenkonsumierende

Niedrigere Bildung hat bei den Drogenkonsumentinnen ein höheres Ausmass an emotionaler und informativer Unterstützung aus dem informellen Netz zur Folge. Bei den Drogenkonsumenten führt höhere Bildung zu einem höheren Ausmass an praktischer Unterstützung. Bei den homosexuellen Männern schliesslich werden keine Zusammenhänge identifiziert (Tabelle 26).

Tabelle 26: Korrelationen der erhaltenen Unterstützungsarten aus informellen Quellen mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

| Unterstützungsarten |        | Emotionale   |        |                    | Informative  |        |                    | Praktische |             |                    |
|---------------------|--------|--------------|--------|--------------------|--------------|--------|--------------------|------------|-------------|--------------------|
|                     |        | DK*          | Homo-  |                    | DK*          | Homo-  |                    | DK*        | Homo-       |                    |
|                     |        | Frauen       | Männer | sexuelle<br>Männer | Frauen       | Männer | sexuelle<br>Männer | Frauen     | Männer      | sexuelle<br>Männer |
| Einkommen           | $\tau$ | 0.06         | 0.31   | 0.04               | 0.00         | 0.06   | -0.11              | -0.06      | -0.06       | -0.17              |
|                     | p      | Ns           | Ns     | Ns                 | Ns           | Ns     | Ns                 | Ns         | Ns          | Ns                 |
|                     | N      | 11           | 14     | 47                 | 11           | 14     | 47                 | 11         | 14          | 47                 |
| Bildung             | $\tau$ | <b>-0.35</b> | 0.13   | -0.05              | <b>-0.46</b> | 0.28   | -0.12              | 0.08       | <b>0.47</b> | 0.04               |
|                     | P      | <b>0.10</b>  | Ns     | Ns                 | <b>0.05</b>  | Ns     | Ns                 | Ns         | <b>0.02</b> | Ns                 |
|                     | N      | <b>11</b>    | 14     | 47                 | 11           | 14     | 47                 | 11         | 14          | 47                 |

\* DK = Drogenkonsumierende

Einzig in der Subgruppe der Drogenkonsumenten werden Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und dem Ausmass an erhaltener Unterstützung aus formellen Quellen identifiziert. Hierbei handelt es sich um negative Zusammenhänge zwischen Einkommen und Ausmass an informativer resp. praktischer Unterstützung und um positive Zusammenhänge zwischen Bildung und Ausmass an informativer resp. praktischer Unterstützung.

Tabelle 27: Korrelationen der erhaltenen Unterstützungsarten aus formellen Quellen mit den Schichtdimensionen (Kendalls Tau, mind. 10% Sig.-Niveau, einseitig)

| Unterstützungsarten |        | Emotionale |            |                      | Informative |              |                      | Praktische |              |                      |
|---------------------|--------|------------|------------|----------------------|-------------|--------------|----------------------|------------|--------------|----------------------|
|                     |        | Frauen     | DK* Männer | Homo-sexuelle Männer | Frauen      | DK* Männer   | Homo-sexuelle Männer | Frauen     | DK* Männer   | Homo-sexuelle Männer |
| Einkommen           | $\tau$ | -0.15      | -0.19      | -0.09                | -0.35       | <b>-0.60</b> | -0.06                | -0.30      | <b>-0.47</b> | -0.05                |
|                     | p      | ns         | ns         | ns                   | ns          | <b>0.01</b>  | ns                   | ns         | <b>0.05</b>  | ns                   |
|                     | N      | 11         | 13         | 45                   | 11          | 13           | 45                   | 11         | 13           | 45                   |
| Bildung             | $\tau$ | 0.19       | 0.02       | 0.07                 | 0.00        | <b>0.51</b>  | 0.09                 | 0.33       | <b>0.65</b>  | -0.01                |
|                     | p      | ns         | ns         | ns                   | ns          | <b>0.02</b>  | ns                   | ns         | <b>0.007</b> | ns                   |
|                     | N      | 11         | 13         | 45                   | 11          | 13           | 45                   | 11         | 13           | 45                   |

\* DK = Drogenkonsumierende

#### 4.4.4 Beantwortung der Fragestellungen

- Welche Korrelationen bestehen zwischen Schichtdimensionen und den Grössen sozialer Integration resp. sozialer Unterstützung?

##### Soziale Integration:

Die Ergebnisse zeigen grundsätzlich eine Tendenz, wonach mit höherem Einkommen und höherer Bildung ein höheres Ausmass an Integration zusammenhängt, was teilweise auch postuliert wurde. Die einzelnen Ergebnisse bedürfen jedoch einer genaueren Diskussion.

Lediglich bei den Drogenkonsumenten beeinflusst das Einkommen das Innehaben einer Partnerrolle positiv. Es ist möglich, dass Drogenkonsumenten eher dann eine Partnerrolle haben (können), wenn sie genügend Einkommen haben, um die Ernährerrolle übernehmen zu können. Diese Rolle fällt homosexuellen Männern und Drogenkonsumentinnen generell seltener zu, so dass in diesen Subgruppen das Einkommen keinen Einfluss hat.

Ein überraschendes Ergebnis findet sich in der Subgruppe der Drogenkonsumenten, wo diejenigen mit tieferer Bildung sich subjektiv besser im primären Netz integriert fühlen als diejenigen mit höherer Bildung. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zum identifizierten positiven Zusammenhang zwischen Bildung und Innehaben der Partnerrolle (statistisch nicht signifikant), d.h. das Resultat kann nicht durch das Vorhandensein einer Partnerin/eines Partners erklärt werden. Die Drogenkonsumenten mit tieferen Positionen auf der Schichtdimension Bildung, die weniger häufig in einer Partnerschaft leben, haben also andere Menschen, die ihnen nahestehen. Hier könnten die Arbeitskolleg/innen eine wichtige Rolle spielen,



denn die tiefer gebildeten Drogenkonsumenten haben eine Erwerbstätigkeit. Die Interkorrelationen zwischen den Integrationsgrössen zeigen auch einen deutlichen Zusammenhang zwischen Innehaben der Berufsrolle und Integration im primären Netz (vgl. Anhang Tabelle A1). Insofern hat die Erwerbstätigkeit für die Drogenkonsumenten eine stark integrative Wirkung. Sie haben unter den Arbeitskolleg/innen Menschen, denen sie sich eng verbunden fühlen.

Entgegen der Hypothese fühlen sich die homosexuellen Männer mit höherer Bildung im primären Netz signifikant besser integriert als diejenigen mit tieferer Schulbildung. Die homosexuellen Männer mit höherer Bildung leben auch eher in einer Partnerschaft als diejenigen mit tieferer Bildung, doch ist dieser Zusammenhang schwächer und nicht signifikant. Das heisst, die besser gebildeten homosexuellen Männer haben zusätzlich zur Partnerschaft eine Person, denen sie sich eng verbunden fühlen (= Operationalisierung vom primären Netz). Es ist nicht möglich zu identifizieren, wer diese Personen sind, und so kann dieses Ergebnis nicht vollständig interpretiert werden. Möglicherweise haben die besser gebildeten homosexuellen Männer mehr Zeit, ihre Bekanntschaften zu pflegen, da sie nicht erwerbstätig sind. Sie haben Zeit, die sie in ihre sozialen Beziehungen investieren können. Ein weiteres unerwartetes Ergebnis zeigt sich bei den Drogenkonsumenten und homosexuellen Männern: Die tiefer Gebildeten sind im Vergleich zu den höher Gebildeten eher erwerbstätig. Von früheren Ergebnissen wissen wir, dass bei den homosexuellen Männern die beiden Schichtdimensionen positiv miteinander korrelieren (vgl.

Tabelle 19), dass also die besser gebildeten homosexuellen Männer mehr verdienen als die schlechter gebildeten. Es wurde bei den homosexuellen Männern auch eine gesundheitsbedingte Statusinkonsistenz insofern identifiziert, als die höher gebildeten homosexuellen Männer einen schlechteren Gesundheitszustand haben und vielleicht deshalb keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, um z.B. ihren Gesundheitszustand zu schonen. Die homosexuellen Männer mit höherer Bildung haben ein höheres Einkommen, obwohl sie nicht arbeiten, möglicherweise auf Grund von früheren Investitionen in Sozialversicherungen, die sich jetzt in Form von Renten auszahlen. So können sie es sich vielleicht finanziell auch besser als die weniger gut Gebildeten "leisten", nicht zu arbeiten. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten wurde auch die Tendenz zu einer Statusinkonsistenz in Form eines Bildungsüberschusses festgestellt, doch scheint der Gesundheitszustand hier nicht ausschlaggebend zu sein (Tabelle 20). Unter Umständen ist es den tiefer gebildeten Drogenkonsumenten und homosexuellen Männern auch eher möglich, eine Erwerbstätigkeit zu finden, da sie ohne grosse Anlernkosten eingesetzt werden können. Höher qualifizierte Menschen sind auf Grund ihrer Spezialisierung weniger flexibel.

Weitere Ergebnisse, die näherer Betrachtung bedürfen, stellen die positiven Zusammenhänge zwischen der Schichtdimension Einkommen und Erwerbstätigkeit dar. Diese sind mit allergrösster Sicherheit darauf zurückzuführen, dass der Erwerbsstatus das Ausmass an Einkommen bestimmt und dass es sich hier nicht um einen Schichtungseffekt handelt. Schliesslich sollen die Ergebnisse zur Integration im sekundären Netz diskutiert werden. Hier zeigt sich, dass die finanziellen Ressourcen bei den Drogenkonsumenten einen positiven Einfluss auf die sekundäre Vernetzung haben. Es könnte sein, dass für die Integration im

sekundären Netz finanzielle Ressourcen deshalb eine Rolle spielen, weil die Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit den Kolleg/innen möglich ist, was in der Folge zu einer erhöhten Integration im sekundären Netz führt. Da die Drogenkonsumenten im Schnitt weniger verdienen als die anderen beiden Subgruppen, macht sich bei ihnen v.a. ein tiefes Ausmass an Einkommen beim Grad der sekundären Integration bemerkbar. Eine weitere Erklärung ist ebenfalls plausibel: Die besser verdienenden Drogenkonsumenten haben eine Partnerin sowie eine Erwerbstätigkeit. Sowohl die Partnerrolle wie auch die Berufsrolle korreliert positiv mit dem Ausmass an sekundärer Integration (vgl. Anhang, Tabelle A1). Die Partnerin ermöglicht eine bessere Integration in das sekundäre Netz, weil sie erfahrungsgemäss das Beziehungsnetz des Paares pflegt, und die Erwerbstätigkeit eröffnet den Zugang zu Arbeitskolleg/innen.

In der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen sind es die kognitiven Ressourcen, die die Integration im sekundären Netz fördern. Auf den ersten Blick ist nicht erkennbar, auf welche Mechanismen dieses höhere Ausmass an sekundärer Vernetzung zurückzuführen ist. Das Ergebnis kann ebenfalls durch das Innehaben der Rolle als Partnerin erklärt werden, doch zeigt sich hier ein umgekehrter Zusammenhang im Vergleich zu den Drogenkonsumenten. Es sind die partnerlosen Drogenkonsumentinnen, die sich in einem höheren Ausmass im sekundären Netz integriert fühlen als die Drogenkonsumentinnen mit Partner. Die Freund/innen kompensieren die fehlende Partnerrolle.

#### Soziale Unterstützung:

Die identifizierten Zusammenhänge zwischen den Schichtungsdimensionen und den Grössen der sozialen Unterstützung unterscheiden sich zum Teil zwischen den Subgruppen oder je nach betrachteter Schichtdimension. Nur in der Subgruppe der homosexuellen Männer zeigen sich die postulierten positiven Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Bei den Drogenkonsumenten zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen kognitiven Ressourcen und wahrgenommener Unterstützung. Die früheren Ergebnisse zeigen, dass die tiefer gebildeten Drogenkonsumenten zwar weniger oft eine Partnerrolle innehaben, sich aber trotzdem besser im primären Netz integriert fühlen als die besser gebildeten Drogenkonsumenten. Offenbar reagiert jemand aus ihrem sozialen Umfeld – z.B. aus ihrer Familie – vielleicht auch auf Grund ihres Single-Seins mit vermehrter Aufmerksamkeit, was ihre subjektiv empfundene Integration und wahrgenommene Unterstützung fördert. Somit spielen für die Drogenkonsumenten weniger die schichtspezifischen Ressourcen eine Rolle als die Einnahme einer Partnerrolle.

Die eben geführte Diskussion über die Bedeutung von Schichtdimensionen für die wahrgenommene Unterstützung wirft die Frage auf, ob sich Mechanismen identifizieren lassen, die die erwartungsgemässen positiven Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und wahrgenommener Unterstützung bei den homosexuellen Männern erklären. Werden die übrigen Ergebnisse der vorliegenden Studie betrachtet, lassen sich jedoch keine Erklärungen hierfür finden, das heisst es lässt sich keine Variable identifizieren, die sowohl positiv mit Einkommen oder Bildung wie auch mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung korreliert. Möglicherweise sind hier Kompetenzen oder

Persönlichkeitsmerkmale ausschlaggebend, die über Sozialisationsprozesse durch den relativ langen Verbleib in Bildungsinstitutionen vermittelt wurden. Zur Erinnerung sei darauf hingewiesen, dass die homosexuellen Männer im Vergleich zu den Drogenkonsumentinnen und den Drogenkonsumenten einen höheren Schulabschluss erreicht haben.

Zum Zusammenhang zwischen Unterstützung aus informellen Quellen und Schichtdimensionen wurden alternative Hypothesen formuliert, da die bisherige Forschung zu anderen Schlüssen kommt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen ausschliesslich bei den Drogen konsumierenden Männern und Frauen und ausschliesslich mit dem Ausmass an Bildung Zusammenhänge. Es herrschen jedoch bei den Geschlechtern unterschiedliche Richtungen in den Korrelationen: Die tiefer gebildeten Drogenkonsumentinnen erhalten ein höheres Ausmass an informeller Unterstützung als die besser gebildeten Drogenkonsumentinnen, wobei es sich um emotionale und informative Unterstützung handelt. Möglicherweise haben die tiefer gebildeten Drogenkonsumentinnen einen Bedarf an Informationen, um das bei ihnen vorliegende tiefere Ausmass an kognitiven Ressourcen zu kompensieren. Die tiefer gebildeten Frauen zeigen ein höheres Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung, die aus einer vermeidenden Haltung mit depressiven Verhaltensweisen besteht. Möglicherweise löst dies im informellen Netz ein erhöhtes Ausmass an Unterstützung, insbesondere emotionaler Unterstützung aus. Diese Unterstützung wird nicht (ausschliesslich) vom Partner geleistet, denn das Einnehmen einer Partnerrolle und das Ausmass an erhaltener informeller Unterstützung korrelieren negativ (nicht signifikant) miteinander (siehe Anhang, Tabelle A3).

Demgegenüber korreliert Bildung in der Subgruppe der Drogenkonsumenten positiv mit dem Erhalt von informeller Unterstützung, wobei es sich hier um praktische Unterstützung handelt. Die vorliegenden Daten geben keine eindeutige Antwort auf die Frage, was bei den höher gebildeten Drogenkonsumenten im Vergleich zu den tiefer gebildeten einen erhöhten Bedarf an informeller, praktischer Unterstützung auslöst. Die Drogenkonsumenten "investieren" ihre kognitiven Ressourcen und erhalten auch mehr informelle Unterstützung. Ein Teil der informellen Unterstützung wird vermutlich von der Partnerin geleistet, denn die höher gebildeten Drogenkonsumenten haben eher eine Partnerin als die tiefer gebildeten eine Partnerin (siehe Tabelle 24) und Frauen leisten mehr Unterstützung als Männer (Belle, 1982; Mayr-Leffel, 1991).

Betrachten wir noch die Zusammenhänge zwischen den Schichtindikatoren und der erhaltenen formellen Unterstützung: Hier wurden ausschliesslich für die Drogenkonsumenten und die homosexuellen Männer Zusammenhänge identifiziert. Drogenkonsumenten mit einem relativ tiefen Einkommen und einer relativ hohen Bildung erhalten ein höheres Ausmass an formeller Unterstützung als solche mit höherem Einkommen und tieferer Bildung. Es handelt sich hier um informative und praktische Unterstützung. Bei den tiefer gebildeten und besser verdienenden Drogenkonsumenten handelt es sich um diejenigen, die eine Berufsrolle haben. Somit sind es die erwerbslosen Drogenkonsumenten, die auf Grund ihrer Erwerbslosigkeit Unterstützung aus formellen Quellen erhalten. Bei den homosexuellen Männern zeigen

sich hinsichtlich der einzelnen Unterstützungsarten keine Zusammenhänge mehr, was auf die kleine Stichprobe zurückzuführen ist.

- Inwiefern ergeben sich unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und der erhaltenen resp. wahrgenommenen sozialen Unterstützung?

Diese Frage kann gesamthaft positiv beantwortet werden. So korreliert bei den homosexuellen Männern z.B. Einkommen positiv mit wahrgenommener Unterstützung aber negativ mit erhaltener formeller Unterstützung. Dieser Unterschied bestätigt zum einen die oben bereits dokumentierte und diskutierte Annahme, dass es sich bei der erhaltenen Unterstützung um Krisenunterstützung handelt. Zum anderen zeigt sich hier auch wieder, dass die erhaltene Unterstützung nicht notwendigerweise als solche wahrgenommen wird.

- Sind identifizierbare Belastungen auf Grund von sozialen Beziehungen ungleich über Schichtdimensionen verteilt? Im vorliegenden Datensatz lässt sich eruieren, inwiefern das Fehlen einer erwünschten Partner- oder Berufsrolle ungleich verteilt ist.

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Schichtdimensionen und Integration durch Innehaben von sozialen Rollen wurden oben schon dokumentiert. An dieser Stelle wird die allfällige Belastung durch das Fehlen einer Rolle und der Zusammenhang mit Schichtdimensionen thematisiert. In der Subgruppe der Drogenkonsumenten ist hinsichtlich des Einkommens zu beobachten, dass tiefere Positionen auf dieser Schichtdimension mit der Belastung einer Partnerlosigkeit zusammenhängen. Es zeigt sich des Weiteren der unerwartete negative Zusammenhang zwischen Bildung und Erwerbstätigkeit bei den homosexuellen Männern und den Drogenkonsumenten. Das heisst, in den Subgruppen der Männer geht mit höherer Position auf der Schichtdimension Bildung wider Erwarten die Belastung einer Erwerbslosigkeit einher. Wie oben diskutiert, kann der positive Zusammenhang in allen drei Gruppen zwischen der Schichtdimension Einkommen und Innehaben der Berufsrolle nicht als Schichtungseffekt identifiziert werden, da sich die Berufsrolle auf die Höhe des Einkommens auswirkt, und die Position auf der Schichtdimension aber nicht die Wahrscheinlichkeit beeinflusst einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Insofern gilt nicht grundsätzlich, dass mit tieferer Schichtzugehörigkeit ein höheres Ausmass an Belastungen durch soziale Beziehungen einhergeht.

## 4.5 Gesamtzusammenhänge

### 4.5.1 Untersuchte Fragestellungen

Eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit befasst sich damit, inwiefern die mit den Schichtdimensionen einhergehenden kognitiven und finanziellen Ressourcen die soziale Einbindung und dadurch die effektive Krankheitsverarbeitung fördern (oder inwiefern Stress puffert und damit ein weniger hohes Ausmass an Krankheitsreaktionen notwendig macht). Des Weiteren soll geprüft werden, inwiefern sich eine schichtspezifische Häufung negativen Lebensereignissen – also Partner-, Erwerbslosigkeit und Statusinkonsistenz – feststellen lässt.

### 4.5.2 Ergebnisse

Die hier interessierenden Fragen werden nicht mittels weiteren Analysen beantwortet, sondern auf Grund der bisher berechneten Zusammenhänge. Betrachten wir zuerst die Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen, sozialer Einbindung und Krankheitsverarbeitung. In Tabelle 28 und Tabelle 29 sind sie im Überblick dargestellt.

Falls die Hypothese stimmt, wonach mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen ein grösseres Ausmass an sozialer Einbindung einhergeht, die wiederum effektive Krankheitsverarbeitung fördert, müssen positive Zusammenhänge zwischen den Schichtdimensionen und sozialen Beziehungen sowie effektiver Krankheitsverarbeitung und positive Zusammenhänge zwischen der sozialen Einbindung und der effektiven Krankheitsverarbeitung vorliegen. Solche Zusammenhänge werden nicht identifiziert.

Die Alternativhypothese sucht nach Zusammenhängen, bei denen Positionen auf den Schichtdimensionen positiv mit dem Ausmass an sozialer Einbindung, aber negativ mit dem Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen korrelieren. Der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitungsreaktionen muss ein negatives Vorzeichen aufzeigen.

In der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen zeigt sich ein derartiger Zusammenhang: Einkommen korreliert positiv mit Innehaben der Berufsrolle und negativ mit effektiver Krankheitsverarbeitung. Innehaben der Berufsrolle korreliert negativ mit dem Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung.

Bei den Drogenkonsumenten korreliert Einkommen positiv mit dem Innehaben einer Berufsrolle und negativ mit effektiver Krankheitsverarbeitung. Das Innehaben einer Berufsrolle hängt negativ mit dem Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung zusammen. Derselbe Gesamtzusammenhang zeigt sich zwischen Einkommen, sozialer Integration im sekundären Netz und effektiver Krankheitsverarbeitung.

Bei den homosexuellen Männern werden keine derartigen Zusammenhänge identifiziert.

Tabelle 28: Überblick über die empirischen Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und sozialen Beziehungen resp. effektiver und ineffektiver Krankheitsverarbeitung

|                             | Soziale Integration |             |                       |                       | Soziale Unterstützung |            |           | Krankheitsverarbeitung |             |
|-----------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------|------------------------|-------------|
|                             | Partnerrolle        | Berufsrolle | wahrgen. <sup>o</sup> | wahrgen. <sup>o</sup> | wahrgen.              | erhaltene  | erhaltene | effektive              | ineffektive |
|                             |                     |             | primäre               | sekundäre             |                       | informelle | formelle  |                        |             |
| <i>Drogenkonsumentinnen</i> |                     |             |                       |                       |                       |            |           |                        |             |
| Einkommen                   | 0                   | +           | 0                     | 0                     | 0                     | 0          | 0         | –                      | –           |
| Bildung                     | 0                   | 0           | 0                     | +                     | 0                     | –          | 0         | 0                      | –           |
| <i>Drogenkonsumenten</i>    |                     |             |                       |                       |                       |            |           |                        |             |
| Einkommen                   | +                   | +           | +                     | +                     | 0                     | 0          | –         | –                      | 0           |
| Bildung                     | 0                   | –           | –                     | 0                     | –                     | +          | +         | 0                      | 0           |
| <i>Homosexuelle Männer</i>  |                     |             |                       |                       |                       |            |           |                        |             |
| Einkommen                   | 0                   | +           | 0                     | 0                     | +                     | 0          | –         | 0                      | 0           |
| Bildung                     | 0                   | –           | +                     | 0                     | +                     | 0          | 0         | 0                      | 0           |

<sup>o</sup> wahrgen. = subjektiv wahrgenommene

Legende: 0 = kein Zusammenhang, + = positiver Zusammenhang, – = negativer Zusammenhang

Tabelle 29: Überblick über die empirischen Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung

|                                    | Effektive Krankheitsverarbeitung |        |              | Ineffektive Krankheitsverarbeitung |        |              |
|------------------------------------|----------------------------------|--------|--------------|------------------------------------|--------|--------------|
|                                    | DK <sup>o</sup>                  |        | Homosexuelle | DK <sup>o</sup>                    |        | Homosexuelle |
|                                    | Frauen                           | Männer | Männer       | Frauen                             | Männer | Männer       |
| Partnerrolle                       | –                                | 0      | 0            | 0                                  | 0      | –            |
| Berufsrolle                        | –                                | –      | 0            | 0                                  | 0      | 0            |
| Integration im primären Netz       | 0                                | 0      | 0            | 0                                  | +      | 0            |
| Integration im sekundären Netz     | 0                                | –      | 0            | 0                                  | 0      | 0            |
| Wahrgenommene Unterstützung        | 0                                | –      | 0            | 0                                  | +      | 0            |
| Erhaltene informelle Unterstützung | 0                                | 0      | +            | 0                                  | 0      | 0            |
| Erhaltene formelle Unterstützung   | +                                | +      | 0            | 0                                  | –      | 0            |

Legende: 0 = kein Zusammenhang, + = positiver Zusammenhang, – = negativer Zusammenhang

Die Zusammenhänge zwischen Schichtdimensionen und negativen Lebensereignissen der Partner-, Erwerbslosigkeit und Statusinkonsistenz, sind z.T. in der Tabelle 23 im Überblick ersichtlich. Es zeigen sich kaum signifikante Ergebnisse, ausser in der Gruppe der Drogenkonsumenten, wo diejenigen mit relativ hohem Einkommen auch eher eine Partnerin haben. Die Ergebnisse zur Statusinkonsistenz sind in Tabelle 18 nachzulesen. Ein Bildungsüberschuss kann definitionsgemäss nur bei Menschen mit relativ hoher Bildung auftreten, was sich dann ausschliesslich für die homosexuellen Männern nachweisen lässt.

#### **4.5.3 Beantwortung der Fragestellungen**

- In diesem Abschnitt wurde nach Gesamtzusammenhängen zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialer Einbindung und Krankheitsverarbeitung gesucht.

Es zeigt sich einzig bei den Drogenkonsumierenden, dass mit höheren Positionen auf der Schichtungsdimension Einkommen ein höheres Ausmass an sozialer Integration durch die Berufsrolle einhergeht, die in einem tieferen Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung resultiert. Wie wir bereits oben festgestellt haben, beeinflusst das Innehaben der Berufsrolle das Einkommen positiv und nicht umgekehrt. Somit kann gefolgert werden, dass die Berufsrolle ein höheres Ausmass an finanziellen Ressourcen ermöglicht, was ein Stresserleben verhindert oder allfällige negativen Auswirkungen von Stressoren puffert. Die Integration durch die Berufsrolle führt insbesondere bei den Drogenkonsumenten zu einem höheren Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung (vgl. Anhang, Tabelle A3), die ebenfalls in einem tieferen Ausmass an effektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen resultiert. Für die Drogenkonsumenten spielt das Einkommen auch eine positive Rolle für die Integration im sekundären Netz.

- Lässt sich eine schichtspezifische Häufung von Belastungen auf Grund des Fehlens von sozialen Rollen (Partner-, Berufsrolle) und Statusinkonsistenz feststellen?

In der vorliegenden Stichprobe wird einzig bei den Drogenkonsumenten ein Zusammenhang zwischen höherem Einkommen und Innehaben der Partnerrolle festgestellt. Dieser Zusammenhang wurde oben bereits diskutiert. Eine Statusinkonsistenz tritt bei den homosexuellen Männern mit höherer Bildung auf. Insofern kann nicht von einer schichtspezifischen Häufung von Belastungen gesprochen werden.



## 5 Diskussion

In den vorhergehenden einzelnen Ergebnisteilen wurden die Resultate jeweils zum Schluss im Rahmen der Beantwortung der bearbeiteten Fragestellung diskutiert.

### 5.1 Theoretische Einbettung der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit war zu prüfen, welche Bedeutung Schichtzugehörigkeit und soziale Beziehungen für die Verarbeitung einer HIV-Infektion haben. Als theoretischer Bezugsrahmen diente ein Mehrebenenmodell, in dem zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene unterschieden wird, und das davon ausgeht, dass die jeweils höhere Ebene relevante Bedingungen für die anderen Ebenen vorgibt (Borgers and Steinkamp, 1994; Steinkamp, 1993). Das zentrale Konstrukt des Stressprozesses stellt die Stressverarbeitung dar, die vorerst als Beschreibung von individuellen Reaktionen auf ein Stresserleben aufzufassen ist. Wie effektiv die Verarbeitung ist, lässt sich empirisch feststellen. Wichtig sind Stressverarbeitungsressourcen, die nicht Handlung selber sind, sondern ein Potenzial für Handlung darstellen. In dieser Arbeit standen soziale, finanzielle und kognitive Ressourcen im Vordergrund. Schliesslich wurde in den theoretischen Überlegungen gezeigt, dass mit der Schichtzugehörigkeit nicht nur spezifische Ressourcen, sondern auch Belastungen einhergehen können. Diese können sich mit den Anforderungen einer chronischen Erkrankung häufen und den Stress- resp. Verarbeitungsprozess beeinflussen. Diese Fragen wurden in drei soziokulturellen Subgruppen untersucht: bei homosexuellen Männern, Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten.

### 5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge der formulierten Hypothesen nochmals in konzentrierter Form dargestellt. Hierbei werden die Resultate diskutiert, die über die Subgruppen hinweg einen Trend zeigen. Ergebnisse, die von diesem allgemeinen Trend abweichen, weil sie z.B. nur in einer Subgruppe identifiziert wurden, sind in den jeweiligen Abschnitten im Ergebnisteil diskutiert worden und werden hier nicht mehr aufgegriffen.

### 5.2.1 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen

Der grösste Teil der identifizierten signifikanten Zusammenhänge weist darauf hin, dass ein tieferes Ausmass an sozialer Integration mit einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen zusammenhängt. Auf welche Mechanismen dieser Effekt zurückzuführen ist, kann mit den vorliegenden Daten nicht identifiziert werden. Möglich ist, dass die soziale Integration die Entstehung von Stress eher verhindert, die Effekte von Stressoren puffert, oder dass das Fehlen einer zentralen sozialen Rolle zusätzlich zu allfälligen anderen Anforderungen des Alltags eine Belastung darstellt, die bei der betroffenen Person Krankheitsverarbeitungsreaktionen auslöst. Klar verworfen wird die Alternativhypothese, wonach ein höheres Ausmass an sozialer Integration die effektive Krankheitsverarbeitung fördert (Tabelle 30).

Tabelle 30: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen Krankheitsverarbeitung und sozialen Beziehungen

|                       |   | DK*         |             | Homo-<br>sexuelle<br>Männer |
|-----------------------|---|-------------|-------------|-----------------------------|
|                       |   | Frauen      | Männer      |                             |
| Soziale Integration   |   |             |             |                             |
| Hypothese 1.1:        | Besser integrierte Personen zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als weniger gut integrierte Personen (negativer Zusammenhang).   | Ja (teilw.) | Ja (teilw.) | Ja (teilw.)                 |
| Hypothese 1.2:        | Besser integrierte Personen zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung als weniger gut integrierte Personen (positiver Zusammenhang) und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung (negativer Zusammenhang).   | Nein        | Nein        | Nein                        |
| Soziale Unterstützung |   |             |             |                             |
| Hypothese 1.3:        | Personen mit einem höheren Ausmass an sozialer Unterstützung zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als Personen mit einem tieferen Ausmass an sozialer Unterstützung (negativer Zusammenhang).   | Nein        | Ja (teilw.) | Nein                        |
| Hypothese 1.4:        | Personen mit einem höheren Ausmass an sozialer Unterstützung zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung (positiver Zusammenhang) und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung als Personen mit einem tieferen Ausmass an sozialer Unterstützung (negativer Zusammenhang). | Ja (teilw.) | Ja          | Ja (teilw.)                 |

\* DK = Drogenkonsumierende

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung, also der positiven Funktion von sozialen Beziehungen, sind die Resultate nicht ganz so eindeutig. Die Ergebnisse unterscheiden sich nach Subgruppe und je nachdem, ob wahrgenommene oder erhaltene Unterstützung betrachtet wird. Zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der Krankheitsverarbeitung ergeben sich mehrheitlich Nullkorrelationen. Die erhaltene Unterstützung steht in allen Subgruppen in einem positiven Zusammenhang zu der effektiven Krankheitsverarbeitung, wobei es sich bei den homosexuellen Männern um informelle erhaltene Unterstützung und bei den Drogenkonsumierenden um formelle erhaltene Unterstützung handelt. Diese Ergebnisse entsprechen der Forschungsliteratur, die vor allem der wahrgenommenen sozialen Unterstützung im Vergleich zur tatsächlich erhaltenen Unterstützung einen positiven Effekt zuschreibt. Die wahrgenommene Unterstützung vermindert das Stressempfinden und macht Krankheitsverarbeitungsreaktionen unnötig. Die erhaltene Unterstützung hingegen kann eher als Krisenunterstützung aufgefasst werden. Der erhaltenen Unterstützung geht wie der Krankheitsverarbeitung ein Stresserleben voraus, was sich in signifikant positiven Zusammenhängen zwischen der erhaltenen Unterstützung und Verarbeitungsreaktionen zeigt.

### **5.2.2 Zusammenhänge zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit**

Die Ergebnisse zu den sozial ungleich verteilten Krankheitsverarbeitungsreaktionen zeigen ausschliesslich bei den Drogenkonsumentinnen sowie Drogenkonsumenten und vor allem im Zusammenhang mit der Schichtdimension Einkommen signifikante Ergebnisse. Hierbei resultiert ein relativ tiefes Ausmass an finanziellen Ressourcen in relativ hohen Krankheitsverarbeitungsreaktionen. Die Interpretation, wonach ein tiefes Einkommen das Stresserleben steigert und vermehrte Krankheitsverarbeitung notwendig macht, leuchtet sofort ein. Da die homosexuellen Männer im Vergleich mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben, fällt dieser Stressor für sie weniger oder gar nicht ins Gewicht (Tabelle 31).

Tabelle 31: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen Krankheitsverarbeitung und Schichtzugehörigkeit

|                |   | DK*            |                | Homo-<br>sexuelle<br>Männer |
|----------------|---|----------------|----------------|-----------------------------|
|                |   | Frauen         | Männer         |                             |
| Hypothese 2.1: | Personen mit einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen zeigen ein tieferes Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen als Personen mit einem tieferen Ausmass an finanziellen Ressourcen (negativer Zusammenhang).   | Ja             | Ja<br>(teilw.) | Nein                        |
| Hypothese 2.2: | Personen mit einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen zeigen ein höheres Ausmass an effektiver Krankheitsverarbeitung (positiver Zusammenhang) und ein tieferes Ausmass an ineffektiver Krankheitsverarbeitung (negativer Zusammenhang) als Personen mit einem tieferen Ausmass an finanziellen Ressourcen. | Nein           | Nein           | Nein                        |
| Hypothese 2.3: | Die Schichtdimension Bildung hängt positiv mit der effektiven Verarbeitung und negativ mit der ineffektiven Verarbeitung zusammen.  | Ja<br>(teilw.) | Nein           | Nein                        |

\* DK = Drogenkonsumierende

### 5.2.3 Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit

Der Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen sozialen Beziehungen und den beiden Schichtdimensionen ist in Tabelle 33 ersichtlich.

Die signifikanten Zusammenhänge zwischen den Schichtungsdimensionen und sozialer Integration zeigen positive Zusammenhänge zwischen Berufsrolle und Einkommen, was plausibel ist, da eine vorhandene Erwerbstätigkeit sich positiv auf das Einkommen auswirkt. Ein höheres Ausmass an Bildung führt nicht wie erwartet zum Innehaben einer Berufsrolle, sondern es zeigt sich für die männlichen Subgruppen genau der umgekehrte Zusammenhang. Den tiefer Gebildeten ist es eher möglich, auch kurzfristige Einsätze zu leisten, da sie ohne grosse Anlernkosten eingesetzt werden können. Möglich ist aber auch, dass die besser Gebildeten genügend Vermögen besitzen oder Investitionen geleistet haben, die sich jetzt auszahlen. Die Erwerbstätigkeit wird dabei zu Gunsten von mehr Freizeit zurückgestellt. Die anderen identifizierten Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und sozialer Integration, die teilweise den Erwartungen entsprachen, lassen sich vor allem durch das Innehaben der Berufs- und Partnerrolle erklären.

Tabelle 32: Bestätigungsstatus der Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen sozialen Beziehungen und Schichtzugehörigkeit

|                       |   | DK*         |             | Homo-<br>sexuelle<br>Männer |
|-----------------------|---|-------------|-------------|-----------------------------|
|                       |   | Frauen      | Männer      |                             |
| Soziale Integration   |   |             |             |                             |
| Hypothese 3.1:        | Mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen geht eher eine Partnerrolle sowie Berufsrolle einher.   | Ja (teilw.) | Ja (teilw.) | Ja (teilw.)                 |
| Hypothese 3.2:        | Zwischen den Schichtdimensionen und der wahrgenommenen Integration im primären Netz bestehen keine Zusammenhänge.   | Ja          | Nein        | Nein                        |
| Hypothese 3.3:        | Die soziale Integration im sekundären Netz hängt positiv mit den Schichtdimensionen zusammen.   | Ja (teilw.) | Ja (teilw.) | Nein                        |
| Soziale Unterstützung |   |             |             |                             |
| Hypothese 3.4:        | Personen mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen nehmen ein höheres Ausmass an sozialer Unterstützung wahr (positiver Zusammenhang).  | Nein        | Nein        | Ja                          |
| Hypothese 3.5:        | Es besteht kein Zusammenhang zwischen Schichtdimensionen und erhaltener informeller Unterstützung.  | Nein        | Nein        | Ja                          |
| Hypothese 3.6:        | Höhere Positionen auf den Schichtdimensionen gehen mit einem höheren Ausmass an Unterstützung aus informellen Quellen einher. Hierbei handelt es sich insbesondere um emotionale Unterstützung. | Nein        | Ja (teilw.) | Nein                        |
| Hypothese 3.7:        | Höhere Positionen auf den Schichtdimensionen gehen mit einem höheren Ausmass an emotionaler Unterstützung aus formellen Quellen einher.   | Nein        | Nein        | Nein                        |
| Hypothese 3.8:        | Mit tieferen Positionen auf den Schichtdimensionen hängt ein höheres Ausmass an praktischer und informativer Unterstützung aus formellen Quellen zusammen.                                      | Nein        | Ja (teilw.) | Nein                        |

\* DK = Drogenkonsumierende

Zwischen Schichtdimensionen und dem Ausmass an sozialer Unterstützung werden kaum Zusammenhänge im erwarteten Sinne identifiziert. Bei den den Hypothesen entsprechend identifizierten Zusammenhängen hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung bleibt unklar, auf welche Mechanismen diese zurückzuführen sind. Bei den unerwartet identifizierten Zusammenhängen hingegen zeigte sich, dass z.B. das Innehaben einer Partnerrolle das Ausmass an wahrgenommener Unterstützung bestimmt und weniger das Ausmass an schichtspezifischen Ressourcen. Die Zusammenhänge zwischen der erhaltenen Unterstützung und den Schichtdimensionen weisen darauf hin, dass die Unterstützung aus formellen Quellen auf Grund der Erwerbslosigkeit in Anspruch genommen wird. Die Zusammenhänge zwischen erhaltener informeller Unterstützung und Schichtdimensionen sind weniger klar: Möglicherweise

reagiert die soziale Umwelt auf das Befinden der Betroffenen und leistet von sich aus soziale Unterstützung.

#### 5.2.4 Gesamtzusammenhänge

Hinsichtlich der Gesamtzusammenhänge wurden ebenfalls zwei alternative Hypothesen formuliert. Die Ergebnisse bestätigen, dass mit höheren Positionen auf den Schichtdimensionen ein erhöhtes Ausmass an sozialer Einbindung besteht, die sich in einem tieferen Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen äussert.

Tabelle 33: Bestätigungsstatus der Hypothese zum Gesamtzusammenhang

|                |  | DK*         |             | Homo-<br>sexuelle<br>Männer |
|----------------|--|-------------|-------------|-----------------------------|
|                |  | Frauen      | Männer      |                             |
| Hypothese 4.1: | Mit höherer Schichtzugehörigkeit geht eine verbesserte soziale Einbindung einher, die in einem tieferen Ausmass an effektiven und ineffektiven Krankheitsverarbeitungsreaktionen resultiert. | Ja (teilw.) | Ja (teilw.) | Nein                        |
| Hypothese 4.2: | Mit höherer Schichtzugehörigkeit geht eine verbesserte soziale Einbindung einher, die die effektive Krankheitsverarbeitung fördert.  | Nein        | Nein        | Nein                        |

\* DK = Drogenkonsumierende

#### 5.3 Methodische Probleme

Bevor auf den theoretischen Ertrag und die praktische Relevanz der Ergebnisse eingegangen wird, folgen hier ein paar kritische Anmerkungen, welche für die Interpretation dieser Studie von Relevanz sind.

Als grösstes Hindernis, um die Hypothesen zu überprüfen, erwiesen sich die kleinen Stichprobengrössen und zwar aus verschiedenen Gründen. Zum einen konnte oft nicht interpretiert werden, weshalb in einer Subgruppe ein Zusammenhang identifiziert wurde und in einer anderen nicht. Möglich sind soziokulturelle Unterschiede, aber auch, dass die nicht gefundenen Zusammenhänge auf die kleinen Stichprobengrössen zurückgeführt werden müssen. Zum anderen konnten keine differenzierten Berechnungen unter Berücksichtigung intervenierender Variablen durchgeführt werden. Insbesondere wäre eine Berücksichtigung des objektiven Gesundheitszustands wünschenswert gewesen, da das Vorliegen dieser Angaben für einen sozialwissenschaftlichen Datensatz aussergewöhnlich ist. Die Unterteilung in Subgruppen wurde vorgenommen, um die hier hauptsächlich interessierenden möglichen Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit, sozialen Beziehungen und Krankheitsverarbeitung in

homogenen Gruppen zu untersuchen. Aber auch, weil die theoretische Ungleichheitsdiskussion die Bedeutung horizontaler Ungleichheiten, die quer zur Schichtzugehörigkeit bestehen, betont. Die intensive Betreuung der Studienteilnehmer/innen durch Interviewer/innen hat die Datenqualität erhöht und ermöglicht, dass auch Personen befragt wurden, die üblicherweise nur schwer für Studien zugänglich sind. Dieses ressourcenaufwändige Verfahren ging jedoch zu Lasten von grossen Stichproben.

Die Analysen in der vorliegenden Arbeit beruhen auf Sekundäranalysen eines Datensatzes, der nicht eigens zum Zweck der hier verfolgten Fragestellung erhoben wurde. Die Vorgängerstudie befasste sich mit der medizinischen Betreuung von Menschen mit HIV, die in der Stadt Zürich in medizinischer Betreuung sind. Das Ziel der vorliegenden Arbeit stellt umfangreiche Ansprüche an die Operationalisierung der theoretischen Konstrukte, aber auch an das Studiendesign. Das Modell von James S. House und seinen Kolleg/innen beinhaltet drei wesentliche Dimensionen von sozialen Beziehungen, die in dem analysierten Datensatz nur teilweise operationalisiert waren. Die Dimensionen der sozialen Integration, der sozialen Unterstützung und allfälliger Belastungen auf Grund von fehlenden sozial erwünschten Beziehungen (als Rollen operationalisiert) konnten relativ gut umgesetzt werden. Es konnten jedoch keine Aspekte der Netzwerkstruktur (wie z.B. Frauenanteil, Reziprozität der Beziehungen) oder die regulativen Aspekte von sozialen Beziehungen in die Analysen miteinbezogen werden.

Die Frage nach allfälligen indirekten Effekten auf die Krankheitsverarbeitung konnte hier nur ansatzweise betrachtet werden. Mit indirekten Effekten sind hier insbesondere mögliche Wirkungsweisen gemeint, wonach höhere Positionen auf den Schichtdimensionen zu einer verbesserten sozialen Einbindung führen, die das Stresserleben vermindern und weniger Krankheitsverarbeitungsreaktionen notwendig machen. Um solchen Fragen nachzugehen, sind statistische Verfahren notwendig (wie z.B. strukturelle Gleichungsmodelle), für die der vorliegende Datensatz die nötigen Voraussetzungen nicht bietet. Solche Verfahren hätten es in einem Längsschnittdesign auch erlaubt, Kausalrichtungen zu identifizieren.

Schliesslich gilt es zu beachten, dass es sich bei den vorliegenden Studienteilnehmer/innen um Betroffene handelt, die in oder in der Nähe von Zürich wohnen. In einer Stadt ist eine Infrastruktur mit Unterstützungsmöglichkeiten z.B. für Drogenkonsumierende vorhanden (auch wenn diese in Zürich in den letzten Jahren immer mehr unter finanzielle Druck gerät). Die Gay Community als gut organisierte Gemeinschaft bietet eine Bezugsgruppe für homosexuelle Menschen, und die grössere Anonymität sowie Toleranz einer Stadt bietet Menschen mit stigmatisierten Lebensstilen mehr Freiheit. Insofern können die vorliegenden Ergebnisse nicht auf die Situation homosexueller Männern, die auf dem Land leben, übertragen werden.

## 5.4 Ertrag der Arbeit

### 5.4.1 Theoretischer Ertrag

Trotz der erwähnten methodischen Probleme konnten signifikante Zusammenhänge identifiziert werden. So ist bisher der Zusammenhang zwischen Positionen auf Schichtdimensionen und Krankheitsverarbeitung erst wenig untersucht worden. Insofern geben die vorliegenden Ergebnisse Anhaltspunkte, wonach finanzielle Ressourcen eine Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung haben. Es zeigt sich jedoch für die vorliegenden Subgruppen nicht wie oftmals vermutet wird, dass Personen mit tieferen Positionen weniger effektive Krankheitsverarbeitung zeigen. Vielmehr erleben sie auf Grund des tiefen Ausmasses an finanziellen Ressourcen vermehrten Stress, der sich in einem höheren Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen äussert.

Es fällt auf, dass viele der gefundenen Zusammenhänge durch das Innehaben einer Berufsrolle oder Partnerrolle erklärt werden können. Eine Erwerbstätigkeit ist nicht nur wichtig, weil sie zu einem höheren Ausmass an finanziellen Ressourcen führt. In der vorliegenden Arbeit hat sich ihre integrative Funktion bei den Drogenkonsumenten insofern als positiv erwiesen, als diese durch das Ausüben der Berufsrolle auch Zugang zu sozialen Ressourcen erhalten. Erwerbstätige Drogenkonsumenten nehmen ein höheres Ausmass sowohl an sozialer Integration wie auch an sozialer Unterstützung wahr als erwerbslose, was ein Stresserleben verhindert und sich in einem tieferen Ausmass an Krankheitsverarbeitungsreaktionen äussert. Aber auch die Partnerrolle hat sich als bedeutsam erwiesen: Viele der erkannten Zusammenhänge zwischen Schichtindikatoren und Integration resp. Unterstützung (erhaltener und wahrgenommener) können auf das Vorhandensein einer Partnerschaft zurückgeführt werden. Die Forschungsliteratur zeigt gegensätzliche Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und wahrgenommener Integration, und die Wirkungsmechanismen dieser Zusammenhänge sind oft ungeklärt geblieben. In der vorliegenden Arbeit zeigte sich das Innehaben der Partnerrolle als Erklärung für identifizierte Zusammenhänge. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die von (Meyer, 2000) formulierte Theorie, in der die Rollenperspektive mit einer Ressourcenperspektive verbunden wird, für die vorliegende Fragestellung gute Interpretationsmöglichkeiten bietet. In der vorliegenden Arbeit genügte die Ressourcenperspektive alleine zur Interpretation der Ergebnisse oft nicht.

Somit kann diese Arbeit einen Beitrag zur sozialen Ungleichheitsdiskussion leisten, indem das Innehaben insbesondere der Berufsrolle als Dimension der sozialen Ungleichheit betrachtet werden muss.

Gleichsam als Nebenprodukt der Arbeit kann Folgendes festgehalten werden: Auf der Ebene der Operationalisierung von Schichtzugehörigkeit zeigt sich deutlich, dass eine Trennung der beiden Schichtdimensionen vorgenommen werden muss, statt einen Mischindex zu bilden oder gar einzelne Indikatoren zu nehmen und davon auf die Schichtzugehörigkeit zu schliessen. Nicht nur sind Statutsinkonsistenzen heute grundsätzlich häufiger geworden. Gerade bei einer chronischen Erkrankung wird mit abnehmendem Gesundheitszustand auch die Erwerbsfähigkeit abnehmen. In Bezug auf die



Operationalisierung von sozialen Beziehungen hat sich bewährt, zwischen den von (House, Umberson et al., 1988) identifizierten Konzepten zu unterscheiden. Das Ausmass an sozialer Integration kann Zugang zu sozialer Unterstützung ermöglichen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass das soziale Umfeld auf die partnerlosen Drogenkonsumenten eingeht – vielleicht gerade auf Grund ihrer Partnerlosigkeit –, was sich in einem höheren Ausmass an wahrgenommener sozialer Integration und Unterstützung äussert. Des Weiteren wird hier wie auch in früheren Arbeiten die Notwendigkeit der Unterscheidung von wahrgenommener und erhaltener Unterstützung unterstrichen, denn offenbar wird nicht alle erhaltene soziale Unterstützung als solche wahrgenommen.

#### 5.4.2 Praktische Relevanz

Die Ziele einer krankheitsbezogenen Stressforschung sind: Grundwissen für eine somatische und psychische Rehabilitation zu schaffen, die soziale und berufliche Reintegration von Betroffenen zu ermöglichen, die psychische Krankheitsverarbeitung von Krankheit und den Behandlungsprozess zu unterstützen, und/oder die Lebensqualität mit einer chronischen Krankheit zu verbessern (Faltermaier, 1994, S. 160). Aus den Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für die Praxis ableiten, die entsprechend dem Mehrebenenmodell auf der Mikro-, Meso- und Makroebene angesiedelt werden.

- Mikroebene

Betroffene können ermutigt werden, sich mit ihrer Lebenssituation auseinanderzusetzen, auch wenn dies zu einer zeitweiligen depressiven Phase führt. Hierbei sollen sie ihre Bezugspersonen einbeziehen und auf sie zurückgreifen. Im Rahmen der medizinischen Betreuung von HIV-Patient/innen oder bezogen auf die Kontakte mit Institutionen der sozialen Arbeit sollte geklärt werden, inwiefern die Betroffenen grundsätzlich sozial integriert sind und ob eine enge Beziehung vorhanden ist. Diese Bezugsperson (en) sollte(n) nach Möglichkeit in die Behandlung mit einbezogen werden.

- Mesoebene

Ein höheres Ausmass an sozialer Einbindung verhindert ein Stresserleben oder puffert die negativen Effekte eines Stressors. Insofern kann die Etablierung und Stärkung von sozialen Netzwerken wichtig sein. Insbesondere für Drogenkonsumierende, deren Netzwerke oftmals weniger stabil sind, kann dies bedeutsam sein. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass den formellen Unterstützungsquellen eine wichtige Rolle zukommt. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass Unterstützungsquellen nicht überfordert werden, da sie in der Regel nicht dem Zwecke dienen, sozial Isolierte zu integrieren. Ein Arzt kann z.B. mit der Anforderung seines Patienten nach einer engen Beziehung überfordert werden.

In der vorliegenden Arbeit hat sich die Erwerbstätigkeit als bedeutsam für die soziale Integration herausgestellt. Die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsmöglichkeiten, auch Teilzeitmodellen,

gegebenenfalls zielgruppen-spezifischen Programmen, kann die Integration fördern und einen Zugang zu informellen sozialen Unterstützungsquellen bieten.

Eine Partnerschaft erweist sich vor allem für die Drogenkonsumenten und die homosexuellen Männer als wichtig für die soziale Integration. Insofern leistet diese informelle Unterstützungsquelle wichtige Hilfe, die jedoch auch zu einer starken Belastung für die hilfeleistende Person und letztlich für die Partnerschaft führen kann. Entsprechende Angebote für von HIV betroffene Partner und Partnerinnen können hier unterstützend wirken.

Auch wenn ein gewisses Ausmass an Ungleichheit auf Grund von finanziellen Ressourcen akzeptiert werden muss, da dies ein Teil unserer auf Leistung basierenden Kultur ist, zeigt sich doch die Bedeutung der finanziellen Ressourcen für die Teilnahme am sozialen Leben, was die soziale Integration und auch die effektive Krankheitsverarbeitung fördert. Insofern sind kostengünstige Angebote wichtig, die auch weniger finanzstarken Menschen offen stehen. Angebote wie z.B. ein Mittagstisch oder Sonntagsbrunch können hier sinnvoll sein.

- Makroebene

Schliesslich können Voraussetzungen strukturellen Wandels geschaffen werden, indem aktive Arbeitsmarkt- und Solidaritätsförderungs politik betrieben wird. Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Wirtschaft und Staat sind gefragt, damit z.B. Arbeitgeber teilsubventionierte Arbeitsplätze schaffen können. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Drogenkonsumierende sich oft nicht für solche Stellen eignen. Deshalb ist die politische Lobby-Arbeit für Förderprogramme notwendig. Solidaritätsaktivitäten mit homosexuellen Menschen sind ebenso notwendig und sinnvoll. Zum Beispiel kann durch die Möglichkeit einer Ehe unter gleichgeschlechtlichen Partnern ein wichtiger Beitrag zur gesellschaftlichen Akzeptanz des ganzen Spektrums menschlicher Lebensweisen geleistet werden. Homosexuelle Partnerschaften haben sich in der vorliegenden Arbeit als wichtig für die soziale Integration und für die effektive Krankheitsverarbeitung erwiesen. Die Möglichkeit, eine solche Partnerschaft offen zu leben, stärkt diese informelle Unterstützungsquelle. Gleichzeitig können z.B. homosexuelle Ärzte/innen und Psychotherapeut/innen in einer Gesellschaft, in der Homosexualität nicht verurteilt wird, offen zu ihrer sexuellen Orientierung stehen. Sie sind als Fachpersonen für homosexuelle Männer und Frauen mit HIV meist geeignetere Gesprächspersonen als heterosexuelle Menschen, da im Zusammenhang mit HIV/Aids früher oder später die Charakteristika eines homosexuellen Lebens zu einem Diskussionsthema werden. Da ist ein Gespräch mit einer Person, die diese Lebensweise aus eigener Erfahrung kennt, einfacher.

Abschliessend soll noch festgehalten werden, dass Kooperationen mit anderen Patientenorganisationen auf verschiedenen Ebenen sinnvoll sein können, um Energien zu bündeln und mit breiterer Sichtbarkeit auftreten zu können.

## 5.5 Forschungsbedarf

Zum Schluss soll auf den Forschungsbedarf hingewiesen werden. HIV-spezifische Studien befassen sich am häufigsten mit homosexuellen Männern, da diese ursprünglich am stärksten betroffen waren. Gut integrierte homosexuelle Männer sind auch relativ gut zugänglich für Befragungen. Wie die vorliegende Arbeit zeigt, sind jedoch subgruppenspezifische Gegebenheiten von Bedeutung, da sie in Form von situativer Vulnerabilität für die Krankheitsverarbeitung wichtig sein können. Idealerweise werden in zukünftigen Studien verschiedene betroffene Subgruppen eingeschlossen, damit die Ergebnisse auch über Subgruppen hinweg, aber auch zwischen den Subgruppen verglichen werden können und die jeweiligen Besonderheiten angemessen berücksichtigt werden können.

Es zeigen sich verschiedene Fragen, denen sich mit qualitativer Forschung genähert werden kann. So bleibt auch in dieser Untersuchung unklar, worauf der in der Vergangenheit mehrmals dokumentierte positive Zusammenhang zwischen Positionen auf den Schichtdimensionen und der wahrgenommenen Unterstützung zurückzuführen ist. Des Weiteren sind mehr Kenntnisse über die schicht- und/oder subgruppenspezifische Bedeutung einer chronischen Erkrankung wie HIV oder über die Beurteilung einzelner Krankheitsverarbeitungsreaktionen notwendig.

Einzelne Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass Personen, die mit ineffektiver Krankheitsverarbeitung reagieren, bei der sozialen Umwelt Unterstützungsleistungen auslösen, geklärt ist das aber hier nicht. Dies entspricht einer der Herausforderungen der sozialen Unterstützungsforschung, nämlich herauszufinden, wann wem von wem Unterstützung geleistet wird. Möglicherweise spielen hier Art der Belastung und die Fokusperson eine Rolle.

Die vorliegende Studie hat wie auch andere Untersuchungen gezeigt, dass erhaltene und wahrgenommene soziale Unterstützung nur in der Subgruppe der Drogenkonsumentinnen signifikant positiv miteinander korrelieren. Interessant wäre zu wissen, welche Erfahrungen mit erhaltener Unterstützung die Wahrnehmung über den Zugang zur sozialen Unterstützung beeinflussen. Sind hier Merkmale der empfangenden Person von Bedeutung oder spielt hier die Art der erhaltenen Unterstützung eine Rolle?

Des Weiteren ist der Stressprozess ein äusserst komplexer Prozess, der schwer zu operationalisieren ist. In der vorliegenden Untersuchung wurden Querschnittsdaten analysiert, in einem nächsten Schritt sind subgruppenspezifische Längsschnittuntersuchungen notwendig, um kausale Wirkungszusammenhänge zu identifizieren und dem Prozesscharakter gerecht zu werden.

## Literaturverzeichnis

- Abel, T. (1991). "Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings." Social Science & Medicine 32(8): 899–908.
- Abel, T., W. C. Cockerham and S. Niemann (2000). A critical approach to lifestyle and health. Researching Health Promotion. J. Watson and S. Platt. London, New York, Routledge: 54–78.
- Albrecht, S. (2002). Netzwerke als Kapital. Zur unterschätzten Bedeutung des sozialen Kapitals für die gesellschaftliche Reproduktion. Bourdieu's Theorie der Praxis. Erklärungskraft – Anwendung – Perspektiven. J. Ebrecht and F. Hillebrandt. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag: 199–224.
- Anderson, W. and P. Weatherburn (1998). The Impact of combination therapy on the lives of people with HIV. London, Sigma Research.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco, Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, London, Jossey-Bass Publishers.
- Antonucci, T. C. and J. S. Jackson (1990). The Role of Reciprocity in Social Support. Social Support: An Interactional View. B. R. Sarason, I. Sarason, G. and G. P. Pierce. New York, Wiley: 173–198.
- Arbeitsbedingungen, E. S. z. V. d. L.-u. (2002). Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Ariss, R. (1997). Against Death: The practice of living with AIDS. Amsterdam, Gordon and Breach.
- Badura, B., Ed. (1981). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialer epidemiologischer Forschung. Frankfurt, Suhrkamp.
- Badura, B. (1981). Zur sozialer epidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialer epidemiologischer Forschung. B. Badura. Frankfurt, Suhrkamp: 13–39.
- Bartley, M. (1994). "Unemployment and ill health: understanding the relationship." Journal of Epidemiology & Community Health 48(4): 333–7.
- Beck, U. (1983). Jenseits von Klasse und Stand? Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. Soziale Ungleichheiten. R. Kreckel. Göttingen, Schwartz. Sonderband 2 von Soziale Welt.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Becker, G. S. (1964). Human Capital. Chicago, University of Chicago Press.

- Becker, P. (1992). "Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft." Zeitschrift für Klinische Psychologie 21: 64–75.
- Becker, P., K. Bös and A. Woll (1994). "Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit. Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen." Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2: 25–48.
- Becker, R. (1998). "Bildung und Lebenserwartung in Deutschland." Zeitschrift für Soziologie 27(2): 133–150.
- Belle, D. (1982). The stress of caring: Women as providers of social support. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. L. Goldberger and S. Breznitz. New York, Free Press: 496–505.
- Ben-Sira, Z. (1984). "Chronic illness, stress and coping." Social Science & Medicine 18(9): 725–736.
- Bengel, J., R. Strittmatter and H. Willmann (1999). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berkman, L. F. and T. Glass (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. Social Epidemiology. L. F. Berkman and I. Kawachi. Oxford, Oxford University Press, Inc.: 137–173.
- Berkman, L. F., T. Glass, I. Brissette and T. E. Seeman (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." Social Science & Medicine 51(6): 843–857.
- Beutel, M. (1989). "Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 39: 452–462.
- Blane, D., M. Bartley and G. D. Smith (1998). Making sense of socio-economic health inequalities. Sociological perspectives on health, illness and health care. D. Field and S. Taylor. Oxford, Blackwell Science Ltd.
- Bloom, J. R. (1990). "The relationship of social support and health." Social Science & Medicine 30(5): 635–637.
- Boltanski, L. (1967). Die soziale Verwendung des Körpers. Zur Geschichte des Körpers. D. Kamper and V. Rittner. Carl Hanser: 138–139.
- Borgers, D. and G. Steinkamp (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. P. Schwenkmezger and L. R. Schmidt. Stuttgart, Enke: 133–148.
- Bormann, C. and E. Schroeder (1993). The influence of socio-economic factors on morbidity and the utilization of medical services in the Federal Republic of Germany: results from the National

- Health Survey. Inequalities in health and health care. Review of selected publications from 18 western European countries. A. Mielck and M. d. R. Giraldes. Münster; New York, Waxmann: 51–66.
- Bornschier, V. (1991). Soziale Schichtung im keynesianischen Gesellschaftsmodell. Das Ende der sozialen Schichtung. Zürcher Arbeiten zur Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft. V. Bornschier. Zürich, Seismo: 37–72.
- Bornschier, V. (1991). Zum Problem der sozialen Ungleichheit. Mit einem forschungsgeschichtlichen Abriss. Das Ende der sozialen Schichtung. Zürcher Arbeiten zur Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft. V. Bornschier. Zürich, Seismo: 9–33.
- Bornschier, V. and P. Heintz (1977). "Statusinkonsistenz und Schichtung: Eine Erweiterung der Statusinkonsistenztheorie." Zeitschrift für Soziologie 1: 29–48.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin, Springer.
- Bortz, J. and G. A. Lienert (2003). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin, Springer.
- Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt, Main, Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. Soziale Ungleichheiten. R. Kreckel. Göttingen, Schwartz. Sonderband 2 von Soziale Welt: 183–198.
- Bourdieu, P. (1984). Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste. London, Routledge and Kegan Paul.
- Bourdieu, P. and J.-C. Passeron (1971). Die Illusion der Chancengleichheit. Untersuchungen zur Soziologie des Bildungswesens am Beispiel Frankreich. Stuttgart, Klett.
- Broda, M. (1993). Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping-Skills. Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. A. Franke and M. Broda. Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: 66–78.
- Brook, J. S., D. W. Brook, P. T. Win, M. Whiteman, J. R. Masci, J. de Catalogne, J. Roberto and F. Amundsen (1997). "Coping with AIDS. A longitudinal study." American Journal on Addictions 6(1): 11–20.
- Brosius, F. (2002). SPSS 11. Bonn, mitp Verlag.
- Buchmann, M. (1991). Soziale Schichtung im Wandel. Zur Differenzierung der Struktur sozialer Ungleichheit in der Schweiz. Das Ende der sozialen Schichtung. Zürcher Arbeiten zur Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft. V. Bornschier. Zürich, Seismo: 215–231.

- Burton, R. P. (1998). "Global integrative meaning as a mediating factor in the relationship between social roles and psychological distress." Journal of Health & Social Behavior 39(3): 201–15.
- Byrne, B. M. (2001). Structural Equation Modeling With AMOS. Basic Concepts, Applications, and Programming. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Catalan, J., A. Beevor, L. Cassidy, A. P. Burgess, J. Meadows, A. Pergami, B. Gazzard and S. Baron (1996). "Women and HIV infection: investigation of its psychosocial consequences." Journal of Psychosomatic Research 41(1): 39–47.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Cohen, S. and J. R. Edwards (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. Advances in the investigation of psychological stress. R. W. J. Neufeld. New York, John Wiley & Sons: 235–283.
- Cohen, S., B. H. Gottlieb and L. G. Underwood (2000). Social relationships and health. Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. S. Cohen, L. G. Underwood and B. H. Gottlieb. Oxford, Oxford University Press: 3–25.
- Cohen, S. and T. A. Wills (1985). "Stress, social support, and the buffering hypothesis." Psychological Bulletin 98(2): 301–57.
- Coleman, J. S. (1988). "Social capital in the creation of human capital." American Journal of Sociology 94: S95–S120.
- Coleman, J. S. (1990). Foundations of Social Theory. Cambridge, M.A., The Belknap Press of Harvard University Press.
- Crystal, S. and R. C. Kersting (1998). "Stress, social support, and distress in a statewide population of persons with AIDS in New Jersey." Social Work in Health Care 28(1): 41–60.
- Davis, K. and W. E. Moore (1945). "Some Principles of Social Stratification." American Sociological Review 10: 242–249.
- DeMarco, R. F., K. H. Miller, C. A. Patsdaughter, M. Chisholm and C. G. Grindel (1998). "From silencing the self to action: experiences of women living with HIV/AIDS." Health Care for Women International 19(6): 539–552.
- Diewald, M. (1991). Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin, edition sigma, (Diss. TU Berlin 1990).
- DiMatteo, M. R. and R. Hays (1981). Social support and serious illness. Social networks and social support. B. H. Gottlieb. Beverly Hills, CA, Sage: 117–148.
- Dowsett, G. (1995). "Sexual contexts, HIV prevention and gay men." Venerology 8(4): 243–250.

- Durkheim, E. (1897). Suicide. New York, NY, Free Press.
- Eich-Hochli, D., M. Niklowitz and M. Opravil (1996). "Gibt es Einflussfaktoren, welche die subjektive psychische Symptombefreiheit aufrechterhalten? Eine Untersuchung am Beispiel HIV-infizierter Personen." Schweizerische Medizinische Wochenschrift 126(51–52): 2209–2216.
- Elkeles, T. (2001). Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. A. Mielck and K. Bloomfield. Weinheim und München, Juventa: 71–82.
- Ell, K. and H. Northen (1990). Families and health care. New York, Aldine de Gruyter.
- Ensel, W. M. (1986). Social Class and Depressive Symptomatology. Social Support, Life Events, and Depression. N. Lin, A. Dean and W. Ensel. Orlando FL, Academic Press: 249–266.
- Faltermaier, T. (1994). Bewältigung und präventives Gesundheitsverhalten. Krankheitsverarbeitung. E. Heim and M. Perrez. Göttingen, Hogrefe: 157–169.
- Fischer, W. A. and J. D. Fisher (1993). A General Social Psychological Model for Changing AIDS Risk Behavior. The Social Psychology of HIV Infection. J. B. Pryor and G. D. Reeder. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum: 127–153.
- Folkman, S. (1993). Psychosocial effects of HIV infection. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. L. Goldberger and S. Breznitz. New York, Free Press: 658–681.
- Folkman, S., M. Chesney, L. Pollack and T. Coates (1993). "Stress, control, coping, and depressive mood in HIV+ and HIV- gay men in San Francisco." The Journal of Nervous and Mental Disease 181(7): 409–416.
- Freitag, M. (2001). "Das soziale Kapital der Schweiz: vergleichende Einschätzungen zu Aspekten des Vertrauens und der sozialen Einbindung." Swiss Political Science Review 7(4): 87–117.
- Friedland, J., R. Renwick and M. McColl (1996). "Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS." AIDS Care 8(1): 15–31.
- Gala, C., A. Pergami, J. Catalan, F. Durbano, M. Musicco, M. Riccio, T. Baldeweg and G. Invernizzi (1993). "The psychosocial impact of HIV infection in gay men, drug users and heterosexuals. Controlled investigation." British Journal of Psychiatry 163: 651–9.
- Gebhardt, M. (2003). Aids und HIV in der Schweiz. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Geissler, R. and T. Meyer (2002). Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung. Wiesbaden, Westdt. Verl.
- Georg, W. (1998). Soziale Lage und Lebensstil. Eine Typologie. Opladen, Leske und Budrich.



- Gerfin, M. and G. Wanzenried (2001). Ausgaben-Aequivalenzskalen für die Schweiz. Eine ökonomische Untersuchung der Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 (EVE 98). Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Gerhardt, U. (1993). The Sociological Relevance of Chronic Illness. Medical sociology: research on chronic illness. T. Abel, S. Geyer, U. Gerhardt, J. Siegrist and W. von den Heuvel. Bonn, Informationszentrum Sozialwissenschaften: 11–35.
- Gluchowski, P. (1988). Freizeit und Lebensstile. Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten. Erkrath, Gesellschaft zur Förderung der Freizeitwissenschaften mbH.
- Goldthorpe, J. H., in collaboration with. C. Llewellyn and C. Payne) (1980). Social Mobility and Class Structure in Modern Britain. Oxford, Clarendon Press.
- Goodkin, K., N. T. Blaney and e. al. (1992). "Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men." Journal of Psychosomatic Research 36: 635–650.
- Goodkin, K., I. Fuchs and et al. (1992). "Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection – a preliminary report." International Journal of Psychiatry in Medicine 22: 155–172.
- Gouldner, A. W. (1960). "The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement." American Sociological Review 25(2): 161–178.
- Granovetter, M. S. (1973). "The strength of weak ties." American Journal of Sociology 78: 1360–1380.
- Granovetter, M. S. (1982). The strength of weak ties: a network theory revisited. Social Structure and Network Analysis. P. V. Marsden and N. Lin. Beverly Hills, Sage.
- Grassi, L., G. Caloro, M. Zamorani and E. Ramelli (1997). "Psychological morbidity and psychosocial variables associated with life-threatening illness: A comparative study of patients with HIV infection or cancer." Psychology, Health and Medicine 2: 29–39.
- Grassi, L., R. Righi, L. Sighinolfi, S. Makoui and F. Ghinelli (1998). "Coping styles and psychosocial-related variables in HIV-infected patients." Psychosomatics 39(4): 350–359.
- Greer, S. (1988). Measuring mental adjustment to cancer. Psychosocial oncology: proceedings of the second and third meetings of the British Psychosocial Oncology Group. M. Watson, S. Greer and C. Thomas. Oxford, Pergamon Press: 45–51.
- Grunow, D., H. Breitkopf and H.-J. Dahme (1983). Gesundheitsselbsthilfe im Alltag: Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeerfahrungen und -potentiale. Stuttgart, Enke.

- Häusermann, M. and J. Wang (2003). Projet Santé Gaie. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève. Genève, Dialogai.
- Heim, E. (1986). Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. Psychosoziale Medizin – Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht. E. Heim and J. Willi. Berlin, Heidelberg, Springer. 2: Klinik und Praxis: 343–390.
- Heim, E. (1988). "Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?" Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 38(8): 8–18.
- Heim, E. (1991). Coping and adaptation in cancer. Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies. C. L. Cooper and M. Watson. Chichester, John Wiley & Sons: 197–231.
- Heintz, P. (1968). Einführung in die soziologische Theorie. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag.
- Heinz, W. R. (1991). Berufliche und betriebliche Sozialisation. Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. Hurrelmann and D. Ulich. Weinheim, Beltz
- Hirsig, R. (2000). Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows. Zürich, Seismo-Verlag.
- Hobfoll, S. E. (1989). "Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress." American Psychologist 44: 512–524.
- Hobfoll, S. E. and J. R. Freedy (1990). "The availability and effective use of social support." Journal of Social and Clinical Psychology 9: 91–103.
- Hoffmann, J. P., S. S. Su and A. Pach (1997). "Changes in network characteristics and HIV risk behavior among injection drug users." Drug and Alcohol Dependence 47(1–2): 41–51.
- Holmes, T. H. and R. H. Rahe (1967). "The social readjustment rating scale." Journal of Psychosomatic Research 11: 213–218.
- House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA, Addison-Wesley.
- House, J. S. and R. L. Kahn (1985). Measures and concepts of social support. Social Support and Health. S. Cohen and S. L. Syme. Orlando, Academic Press, Inc.: 83–108.
- House, J. S., D. Umberson and K. Landis (1988). "Structures and processes of social support." Annual Review of Sociology 14: 293–318.
- Hradil, S. (1983). Die Ungleichheit der "Sozialen Lage". Soziale Ungleichheiten. R. Kreckel. Göttingen, Schwartz. Sonderband 2 von Soziale Welt: 101–118.
- Hradil, S. (1992). Zwischen Bewusstsein und Sein die Vermittlung objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Lebensweisen. Opladen, Leske + Budrich.
- Hradil, S. and J. Schiener (2001). Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen, Leske + Budrich.

- Hurrelmann, K. (2002). Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim und Basel, Beltz.
- Ironson, G. H. and et al. (1994). "Distress, denial, and low adherence to behavioral intentions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus." International Journal of Behavioral Medicine 1: 90–105.
- Jahoda, M., P. F. Lazarsfeld and H. Zeisel (1933). Die Arbeitslosen von Marienthal. Leipzig, Hirtzel.
- Jungbauer-Gans, M. (2002). Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Kadushin, G. (1996). "Gay men with AIDS and their families of origin: an analysis of social support." Health & Social Work 21(2): 141–149.
- Kalichman, S. C., K. J. Sikkema and A. Somlai (1996). "People living with HIV infection who attend and do not attend support groups: A pilot study of needs, characteristics, and experiences." AIDS Care 8: 589–599.
- Keupp, H. (1987). Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? Soziale Netzwerke. H. Keupp and B. Röhrle. Frankfurt, Campus: 11–53.
- Klauer, T. and S.-H. Filipp (1997). Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. Gesundheitspsychologie. R. Schwarzer. Göttingen, Hogrefe: 378–404.
- Klocke, A. and K. Hurrelmann (1995). "Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen?" Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (2. Beiheft): 138–151.
- Koopman, C., C. Gore-Felton, F. Marouf, L. D. Butler, N. Field, M. Gill, H.-H. Chen, D. Israelski and D. Spiegel (2000). "Relationships of Perceived Stress to Coping, Attachment and Social Support Among HIV-Positive Persons." AIDS Care 12: 663–672.
- Kreckel, R. (1983). Soziale Ungleichheiten. Göttingen, Schwartz.
- Kübler-Ross, E. (1972). On Death and Dying. New York, Macmillan.
- Kupek, E., M. Dooley, L. Whitaker, S. Petrou and A. Renton (1999). "Demographic and socio-economic determinants of community and hospital services costs for people with HIV/AIDS in London." Social Science & Medicine 48: 1433–1440.
- Laireiter, A., J. Ganitzer and U. Baumann (1993). Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen als differentielle Konstrukte – Bezüge zu sozialen und demographischen Variablen. Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde. A. Laireiter. Bern, Huber: 88–100.

- Laszig, P., U. Clement and L. Gramatikov (1998). "Soziale Unterstützung und psychische Stabilität bei HIV/AIDS-Patienten. Ergebnisse einer metaanalytischen Untersuchung." Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48(6): 197–204.
- Laubach, W., J. Schumacher, A. Mundt and E. Brähler (2000). "Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätzung: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung." Sozial- und Präventivmedizin 45: 2–12.
- Lazarus, R. S. (1998). "Coping from the perspective of personality." Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 19(4): 213–231.
- Lazarus, R. S. (1998). Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus: an analysis of historical and perennial issues. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Lazarus, R. S. and S. Folkman (1984). Stress, appraisal and coping. New York, Springer.
- Ledergerber, B., M. Egger, M. Rickenbach, R. Weber and the Swiss HIV Cohort Study (1998). "Poverty and prognosis of HIV infection in Switzerland." AIDS 12: 1933–34.
- Leemann, R. J. (2002). Chancenungleichheiten im Wissenschaftssystem: Wie Geschlecht und soziale Herkunft Karrieren beeinflussen. Chur, Rüegger.
- Lenski, G. (1977). Macht und Privileg: Eine Theorie der sozialen Schichtung. Frankfurt, Main, Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Leppin, A. and R. Schwarzer (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. Gesundheitspsychologie. R. Schwarzer. Göttingen, Hogrefe: 350–373.
- Leserman, J., D. O. Perkins and D. L. Evans (1992). "Coping with the threat of AIDS: the role of social support." The American Journal of Psychiatry 149(11): 1514–1520.
- Levy, R., D. Joye, O. Guye and V. Kaufmann (1998). Alle gleich? Soziale Schichtung, Verhalten und Wahrnehmung. Zürich, Seismo-Verlag.
- Lopez, H. and R. Fuchs (1990). Rauchen. Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. R. Schwarzer. Göttingen, Hogrefe: 185–197.
- Lynch, J. and G. Kaplan (2000). Socioeconomic Position. Social Epidemiology. L. F. Berkman and I. Kawachi. Oxford, Oxford University Press, Inc.: 13–35.
- Mackenbach, J. P. (1992). "Socio-economic health differences in the Netherlands: A review of recent empirical findings." Social Science & Medicine 34(3): 213–226.
- Marx, K. and F. Engels (1977). Manifest der Kommunistischen Partei. Marx-Engels-Werke. Berlin, Dietz. 4: 459–493.

- Mayr-Leffel, V. (1991). Frauen und ihre sozialen Netzwerke. Auf der Suche nach einer verlorenen Ressource. Opladen, Leske und Budrich.
- McCann, K. and E. Wadsworth (1992). "The role of informal carers in supporting men who have HIV related illness: what they do and what are their needs." AIDS Care 4(1): 25–34.
- McColl, M. A., H. Lei and H. Skinner (1995). "Structural relationships between social support and coping." Social Science & Medicine 41(3): 395–407.
- Merton, R. K. (1968). Sozialstruktur und Anomie. Kriminalsoziologie. F. Sack and R. König. Frankfurt a. M.: 283–313.
- Meyer, P. C. (2000). Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit. Opladen, Leske + Budrich.
- Meyer, P. C. and C. Buddeberg (1998). Grundlagen des Sozialverhaltens. Psychosoziale Medizin. C. Buddeberg and J. Willy. Berlin, Springer: 29–71.
- Meyer, P. C. and C. Suter (1993). Soziale Netze und Unterstützung. Gesundheit in der Schweiz. W. Weiss. Zürich, Seismo: 194–209.
- Meyer-Fehr, P. C. and C. Suter (1992). "Auswirkungen der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe." Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 2: 413–137.
- Mielck, A. and K. Bloomfield (2001). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München, Juventa.
- Minder, C. E., G. Nal and A. Gasser (1995). Geld und Gefühle um HIV und Aids: Eine Untersuchung über die finanziellen, psychischen und sozialen Belastungen und Ressourcen von HIV-Betroffenen und ihren BetreuerInnen. Bern, Stämpfli.
- Mirowsky, J. and C. E. Ross (1989). Social Causes of Psychological Distress. New York, Aldine de Gruyter.
- Mulder, C. L., E. M. de Vroome, G. J. van Griensven, M. H. Antoni and T. G. Sandfort (1999). "Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men." Health Psychology 18(2): 107–113.
- Müller, H.-P. (1992). Sozialstruktur und Lebensstile – Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Müller, H.-P. and M. Schmid, Eds. (2003). Hauptwerke der Ungleichheitsforschung. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Muthny, F. A. (1989). Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV. Weinheim, Beltz Test GmbH.

- Muthny, F. A. (1990). Zur Spezifität der Krankheitsverarbeitung. Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. F. A. Muthny. Heidelberg, Springer: 143–166.
- Nannis, E. D., T. L. Patterson and S. J. Semple (1997). "Coping with HIV disease among seropositive women: psychosocial correlates." Women & Health 25(1): 1–22.
- Niemann, S. and T. Abel (2001). Neue soziale Ungleichheiten, Lebensstile und Gesundheit. Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. A. Mielck and K. Bloomfield. Weinheim und München, Juventa: 107–116.
- Nöstlinger, C., J. Page, R. Jaccard, B. Somaini and R. Weber (2003). "Kooperationsstrukturen in der HIV-Betreuung zwischen einem spezialisierten HIV-Zentrum und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten." Gesundheitswesen 65: 90–95.
- Olsen, O., L. Iversen et al. (1991). "Age and the operationalization of social support." Social Science & Medicine 31(7): 767–771.
- Oppolzer, A. (1994). Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. A. Mielck. Opladen, Leske + Budrich: 125–165.
- Page, J., R. Weber, B. Somaini, C. Nostlinger, K. Donath, R. Jaccard and S. S. Group (2003). "Quality of generalist vs. specialty care for people with HIV on antiretroviral treatment: a prospective cohort study." HIV Medicine 4(3): 276–86.
- Pakenham, K. I. (1998). "Specification of social support behaviours and network dimensions along the HIV continuum for gay men." Patient Education & Counseling 34(2): 147–157.
- Pärli, K., K. Müller Kucera and S. Spycher (2003). Aids, Recht und Geld: eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Zürich, Rüegger.
- Parsons, T. (1953). A Revised Analytical Approach to the Theory of Social Stratification. Class, status and power. A reader in social stratification. R. Bendix and S. M. Lipset. Glencoe, Ill., Free Press.
- Pearlin, L. I. (1989). "The sociological study of stress." Journal of Health and Social Behavior 30: 241–256.
- Pearlin, L. I., M. A. Lieberman, E. G. Menaghan and J. T. Mullan (1981). "The stress process." Journal of Health and Social Behavior 22: 337–356.
- Pearlin, L. I. and C. Schooler (1978). "The structure of coping." Journal of Health and Social Behavior 19: 2–21.

- Peeters, R. F. and J. Brancaerts (1994). Social inequalities in health-related lifestyles. Health Inequalities: Discussion in Western European Countries. A. Mielck and M. d. R. Giraldez. Münster, New York, Waxmann.
- Petticrew, M., R. Bell and D. Hunter (2002). "Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review." British Medical Journal 325: 1066–1075.
- Pfingstmann, G. and U. Baumann (1987). "Untersuchungsverfahren zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung: Ein Überblick." Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 8(2): 75–98.
- Pierret, J. (1993). Constructing discourses about health and their social determinants. Worlds of illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease. A. Radley. London, Routledge: 9–26.
- Pollak, M. (1988). Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie. Paris, Métailié.
- Portes, A. (1998). "Social capital: Its origins and applications in modern sociology." Annual Review of Sociology 24: 1–24.
- Putnam, R. D. (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, Princeton Univ. Press.
- Ritsert, J. (1998). Soziale Klassen. Münster, Westfälisches Dampfboot.
- Röckl-Wiedmann, I., N. Meyer, F. Richela, B. Laubereau, R. Weitkunat and K. Überla (2002). "Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung." Sozial- und Präventivmedizin 47: 307–317.
- Rofes, E. (1996). Reviving the Tribe: Regenerating Sexuality and Culture in the Ongoing Epidemic. New York, Harrington Park Press.
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim, Psychologie-Verlag-Union.
- Ross, C. E. and J. Mirowsky (1989). "Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem Solving – or Support and Talking." Journal of Health and Social Behavior 30: 206–219.
- Sandstrom, K. L. (1996). "Searching for information, understanding, and self-value: the utilization of peer support groups by gay men with HIV/AIDS." Social Work in Health Care 23(4): 51–74.
- Schmid, H., G. Hüsler and M. Perrez (1993). Netzwerkveränderungen und Wohlbefinden bei HIV-infizierten Homosexuellen. Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde. A. Laireiter. Bern, Huber: 206–218.
- Schulze, G. (1992). Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt am Main, Campus.

- Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Hogrefe.
- Schwarzer, R., C. Dunkel-Schetter and M. Kemeny (1994). "The mulitdimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS." American Journal of Community Psychology 22(3): 319–339.
- Schwarzer, R. and A. Leppin (1992). Social Support and Mental Health: A conceptual and empirical overview. Life Crisis and Experiences of Loss in Adulthood. L. Montada, S.-H. Filipp and M. J. Lerner. Hillsdale, N.J., Erlbaum: 435–458.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (1997). Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe: Empfehlungen zuhanden der Sozialhilfeorgane von Bund, Kantonen, Gemeinden und Organisationen der privaten Sozialhilfe. Bern, Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe.
- Semmer, N. and I. Udris (1995). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. Lehrbuch Organisationspsychologie. H. Schuler. Bern, Huber.
- Semple, S. J., T. L. Patterson, K. Straits-Troster, J. H. Atkinson, J. A. McCutchan and I. Grant (1996). "Social and psychological characteristics of HIV-infected women and gay men." Women & Health 24(2): 17–41.
- Serovich, J. M., J. A. Kimberly, K. E. Mosack and T. L. Lewis (2001). "The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women." AIDS Care 13(3): 335–341.
- Siegrist, J. and S. Geyer (2002). Krankheit und soziale Ungleichheit. Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. E. Brähler and B. Strauss. Göttingen, Hogrefe.
- Spellerberg, A. (1996). Lebensstile, soziale Lage und Wohlbefinden. Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland. Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität. W. Zapf and R. Habich. Berlin, Edition Sigma: 205–221.
- Spellerberg, A. (1996). Soziale Differenzierung durch Lebensstile. Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland. Berlin, Edition Sigma.
- Stamm, H., M. Lamprecht, R. Nef and D. Joye (2003). Soziale Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen. Zürich, Seismo.
- Steinkamp, G. (1991). Sozialstruktur und Sozialisation. Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. K. Hurrelmann and D. Ulich. Weinheim, Basel, Beltz: 251–276.
- Steinkamp, G. (1993). Soziale Lage, Krankheit und Lebenserwartung. Kritik und Perspektiven sozialepidemiologischer Ungleichheitsforschung. Bielefeld, Universität, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.



- Steinkamp, G. (1993). "Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialegpidemiologischen Ungleichheitsforschung." Sozial- und Präventivmedizin 38(3): 111–122.
- Steinkamp, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder. Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität. W. Schlicht and H. H. Dickhuth. Schorndorf, Hofmann Verlag: 101–154.
- Stewart, M. J. (1989). "Social support: diverse theoretical perspectives." Social Science & Medicine 28(12): 1275–1282.
- Stolpe, S. (2001). Schulbildung, berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. A. Mielck and K. Bloomfield. Weinheim und München, Juventa: 17–27.
- Strehmel, P. and B. Degenhardt (1987). Arbeitslosigkeit und soziales Netzwerk. Soziale Netzwerke. H. Keupp and B. Röhrle. Frankfurt, Campus: 139–155.
- Strommen, E. (1990). "Hidden branches and growing pains. Homosexuality and the family tree." Marriage and Family Review 14: 9–34.
- Suter, C., K. Iglesias and T. Oegerli (2004). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung. Vivre en Suisse 1999–2000. Leben in der Schweiz 1999–2000. E. Zimmermann and R. Tillmann. Bern, Peter Lang AG: 131–157.
- Thoits, P. A. (1983). Dimension of life events as influences upon the genesis of psychological distress and associated conditions: An evaluation and synthesis. Psychosocial stress: Trends in theory and research. H. B. Kaplan. New York, Academic Press: 33–103.
- Thoits, P. A. (1983). "Multiple identities and psychological well-being: A reformulation of the social isolation hypothesis." American Sociological Review 51: 259–272.
- Thoits, P. A. (1986). "Multiple Identities: Examining Gender and Marital Status Differences in Distress." American Sociological Review 51: 259–272.
- Thoits, P. A. (1986). "Social support as coping assistance." Journal of Consulting and Clinical Psychology 54: 416–423.
- Thoits, P. A. (1991). "On Merging Identity Theory and Stress Research." Social Psychology Quarterly 54(2): 101–112.
- Thoits, P. A. (1996). "Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?" Journal of Health and Social Behavior((Extra Issue)): 53–79.

- Tramarin, A., S. Campostrini, K. Tolley and F. De Lalla (1997). "The influence of socioeconomic status on health service utilisation by patients with AIDS in north Italy. The North-East Italian Group for Planning of AIDS Health Care." Social Science & Medicine 45(6): 859–866.
- Trojan, A. and H. Legewie (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Frankfurt, VAS, Verlag für Akademische Schriften.
- Turner, H. A., R. B. Hays and T. J. Coates (1993). "Determinantes of social support among gay men: the context of AIDS." Journal of Health and Social Behavior 34(1): 37–53.
- Udris, I. (1987). Soziale Unterstützung, Stress in der Arbeit und Gesundheit. Soziale Netzwerke. H. Keupp and B. Röhrle. Frankfurt, Campus: 123–138.
- Umberson, D. (1987). "Family Status and Health Behaviours: Social control as a dimension of social integration." Journal of Health & Social Behavior 28: 306–319.
- Vaux, A. (1988). Social support: Theory, Research, and intervention. New York, Praeger.
- Veiel, H. O. F. and W. Ihle (1993). Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: ein Strukturvergleich. Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. A. Laireiter. Bern, Huber: 55–63.
- Vester, M., P. v. Oertzen, H. Geiling, T. Hermann and D. Müller (1993). Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Köln, Bund-Verlag.
- Vingerhoets, A. J. J. M. and G. L. Van Heck (1990). "Gender, coping and psychosomatic symptoms." Psychological Medicine 26: 156–182.
- Vogt, R. (2002). "Aktuelle Situation, Entwicklungen und Herausforderungen der Schadensverminderung. Ein Bericht aus der Praxis." Abhängigkeiten 3.
- Wasserman, S. and K. Faust (1994). Social Network Analysis. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wasserman, S. and J. Galaskiewicz, Eds. (1994). Advances in Social Network Analysis: Research in the Social and Behavioral Sciences. Thousand Oaks, Sage.
- Weber, H. (1994). Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. Krankheitsverarbeitung. E. Heim and M. Perez. Göttingen, Hogrefe: 49–62.
- Weber, H. (2000). Bewältigung von kritischen Lebensereignissen. Psychologie und Zukunft: Prognosen, Prophezeiungen, Pläne. J. Möller, B. Strauss and S. M. Jürgensen. Göttingen, Hogrefe: 219–239.
- Weber, I. (1987). Soziale Schichtung und Gesundheit. Soziale Schichtung und Lebenschancen in der Bundesrepublik. R. Geissler. Stuttgart, Enke: 163–182.
- Weber, M. (1976). Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen, Mohr-Siebeck.

- Wight, R. G., A. J. LeBlanc and C. S. Aneshensel (1995). "Support Service Use by Persons with AIDS and their Caregivers." AIDS Care 7: 509–520.
- Williams, S. J. (1995). "Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?" Sociology of Health & Illness 17(5): 577–604.
- Wills, T. A. and O. Shinar (2000). Measuring perceived and received social support. Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. S. Cohen, L. G. Underwood and B. H. Gottlieb. Oxford, Oxford University Press: 86–135.
- Wolf, T. M., P. M. Balson, E. V. Morse, P. M. Simon, R. H. Gaumer, P. W. Dralle and M. H. Williams (1991). "Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: implications for clinical management." The Journal of Clinical Psychiatry 52: 171–173.
- Wright, E. O. (1985). Classes. London, Verso.
- Zerger, F. (2000). Klassen, Milieus und Individualisierung: eine empirische Untersuchung zum Umbruch der Sozialstruktur. Frankfurt/Main, Campus-Verlag.

## Anhang: Korrelationen zwischen Massen der sozialen Beziehungen

Tabelle A1: Interkorrelationen zwischen Massen der sozialen Integration (Kendalls Tau, zweiseitig, 10% Signifikanzniveau)

|   |        | DK*          |             | Homosexuelle Männer |
|---|--------|--------------|-------------|---------------------|
|   |        | Frauen       | Männer      |                     |
| Partnerrolle mit Berufsrolle **                 | $\tau$ | 0.45         | <b>0.52</b> | 0.05                |
|   | P      | ns           | <b>0.05</b> | ns                  |
| Partnerrolle mit Integration im primären Netz   | $\tau$ | -0.24        | <b>0.54</b> | <b>0.48</b>         |
|   | P      | ns           | <b>0.04</b> | <b>0.001</b>        |
|   | N      | 11           | 13          | 46                  |
| Partnerrolle mit Integration im sekundären Netz | $\tau$ | <b>-0.49</b> | <b>0.46</b> | <b>0.39</b>         |
|   | p      | <b>0.11</b>  | <b>0.06</b> | <b>0.01</b>         |
|   | N      | 11           | 13          | 47                  |
| Berufsrolle mit Integration im primären Netz    | $\tau$ | 0.09         | <b>0.65</b> | -0.13               |
|   | p      | ns           | <b>0.02</b> | ns                  |
|   | N      | 11           | 13          | 46                  |
| Berufsrolle mit Integration im sekundären Netz  | $\tau$ | 0            | <b>0.60</b> | -0.04               |
|   | P      | ns           | <b>0.02</b> | ns                  |
|   | N      | 11           | 14          | 47                  |

\* DK = Drogenkonsumierende

\*\* Cramers V, keine Richtungsangabe (Von den Drogenkonsumentinnen ohne Partnerschaft haben 71.43% (5 von 7) keine Erwerbstätigkeit; 75% der Drogenkonsumentinnen mit einem Partner haben eine Erwerbstätigkeit. Drogenkonsumenten: 80% der Partnerlosen haben auch keine Erwerbstätigkeit (8 von 10). Bei den homosexuellen Männern sind 17.24% der Partnerlosen (5 von 29) erwerbslos. 78.95% der homosexuellen Männer mit Partner (15 von 19) haben eine Erwerbstätigkeit.

Tabelle A2: Korrelationen zwischen den Unterstützungsmassen (Kendalls Tau, zweiseitig, 10% Signifikanzniveau)

|   |        | DK*         |        |                     |
|---|--------|-------------|--------|---------------------|
|   |        | Frauen      | Männer | Homosexuelle Männer |
| Wahrgenommene Unterstützung mit erhaltener formeller Unterstützung        | $\tau$ | <b>0.56</b> | -0.12  | 0.003               |
|   | p      | <b>0.04</b> | ns     | ns                  |
|   | N      | <b>11</b>   | 13     | 45                  |
| Wahrgenommene Unterstützung mit erhaltener informeller Unterstützung      | $\tau$ | 0.26        | -0.05  | 0.15                |
|   | p      | ns          | ns     | ns                  |
|   | N      | 11          | 14     | 47                  |
| Erhaltene informelle Unterstützung mit erhaltener formeller Unterstützung | $\tau$ | 0.24        | -0.03  | <b>0.24</b>         |
|   | p      | ns          | ns     | <b>0.05</b>         |
|   | N      | 11          | 13     | <b>44</b>           |

\* DK = Drogenkonsumierende

Tabelle A3: Korrelationen zwischen den Grössen der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung (zweiseitig)

|                                |        | Wahrgenommene soziale Unterstützung |             |                      | Erhaltene informelle Unterstützung |        |                      | Erhaltene formelle Unterstützung |              |                      |
|--------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|----------------------|------------------------------------|--------|----------------------|----------------------------------|--------------|----------------------|
|                                |        | DK*                                 |             |                      | DK*                                |        |                      | DK*                              |              |                      |
|                                |        | Frauen                              | Männer      | Homo-sexuelle Männer | Frauen                             | Männer | Homo-sexuelle Männer | Frauen                           | Männer       | Homo-sexuelle Männer |
| Berufsrolle                    | $\tau$ | -0.07                               | <b>0.54</b> | -0.11                | -0.08                              | 0.12   | <b>-0.25</b>         | <b>-0.52</b>                     | <b>-0.47</b> | <b>-0.30</b>         |
|                                | p      | ns                                  | <b>0.04</b> | ns                   | ns                                 | ns     | <b>0.06</b>          | <b>0.06</b>                      | <b>0.06</b>  | <b>0.03</b>          |
|                                | N      | 11                                  | <b>14</b>   | 48                   | 11                                 | 14     | <b>47</b>            | <b>11</b>                        | <b>13</b>    | <b>45</b>            |
| Partnerrolle                   | $\tau$ | -0.21                               | 0.23        | 0.21                 | -0.34                              | 0.25   | 0.02                 | <b>-0.54</b>                     | -0.33        | -0.08                |
|                                | p      | ns                                  | ns          | ns                   | ns                                 | ns     | ns                   | <b>0.06</b>                      | ns           | ns                   |
|                                | N      | 11                                  | <b>14</b>   | 48                   | 11                                 | 14     | 47                   | <b>11</b>                        | 13           | 45                   |
| Integration im primären Netz   | $\tau$ | 0.30                                | <b>0.71</b> | <b>0.29</b>          | 0.00                               | -0.05  | 0.11                 | 0.29                             | <b>-0.52</b> | <b>0.22</b>          |
|                                | p      | ns                                  | <b>0.01</b> | <b>0.03</b>          | ns                                 | ns     | ns                   | ns                               | <b>0.04</b>  | <b>0.10</b>          |
|                                | N      | 11                                  | <b>13</b>   | <b>46</b>            | 11                                 | 13     | 45                   | 11                               | 12           | 43                   |
| Integration im sekundären Netz | $\tau$ | <b>0.81</b>                         | <b>0.57</b> | 0.18                 | 0.19                               | 0.17   | 0.04                 | <b>0.51</b>                      | -0.32        | -0.02                |
|                                | p      | <b>0.01</b>                         | <b>0.01</b> | ns                   | ns                                 | ns     | ns                   | <b>0.06</b>                      | ns           | ns                   |
|                                | N      | 11                                  | <b>14</b>   | 47                   | 11                                 | 14     | 46                   | <b>11</b>                        | 13           | 44                   |

\* DK = Drogenkonsumierende

Tabelle A4: Korrelationen zwischen Integrationsmassen und erhaltenen Unterstützungsarten aus informellen Quellen

|                                |        | Emotionale Unterstützung |        |                      | Informative Unterstützung |             |                      | Praktische Unterstützung |        |                      |
|--------------------------------|--------|--------------------------|--------|----------------------|---------------------------|-------------|----------------------|--------------------------|--------|----------------------|
|                                |        | DK*                      |        | Homo-sexuelle Männer | DK*                       |             | Homo-sexuelle Männer | DK*                      |        | Homo-sexuelle Männer |
|                                |        | Frauen                   | Männer |                      | Frauen                    | Männer      |                      | Frauen                   | Männer |                      |
| Berufsrolle                    | $\tau$ | -0.05                    | 0.08   | -0.12                | -0.14                     | 0.13        | <b>-0.24</b>         | 0.08                     | -0.21  | <b>-0.35</b>         |
|                                | p      | ns                       | ns     | ns                   | ns                        | ns          | <b>0.08</b>          | ns                       | ns     | <b>0.02</b>          |
|                                | N      | 11                       | 14     | 47                   | 11                        | 14          | <b>47</b>            | 11                       | 14     | <b>47</b>            |
| Partnerrolle                   | $\tau$ | -0.41                    | 0.04   | -0.02                | -0.17                     | 0.35        | 0.05                 | 0.00                     | 0.13   | 0.10                 |
|                                | p      | ns                       | ns     | ns                   | ns                        | ns          | ns                   | ns                       | ns     | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 14     | 47                   | 11                        | 14          | 47                   | 11                       | 14     | 47                   |
| Integration im primären Netz   | $\tau$ | 0.07                     | -0.04  | 0.04                 | -0.24                     | 0.04        | 0.15                 | -0.17                    | -0.20  | 0.12                 |
|                                | p      | ns                       | ns     | ns                   | ns                        | ns          | ns                   | ns                       | ns     | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 13     | 45                   | 11                        | 13          | 45                   | 11                       | 13     | 45                   |
| Integration im sekundären Netz | $\tau$ | 0.35                     | 0.01   | 0.06                 | 0.18                      | <b>0.52</b> | -0.02                | -0.34                    | -0.31  | 0.00                 |
|                                | p      | ns                       | ns     | ns                   | ns                        | <b>0.02</b> | ns                   | ns                       | ns     | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 14     | 46                   | 11                        | <b>14</b>   | 46                   | 11                       | 14     | 46                   |

\* DK = Drogenkonsumierende

Tabelle A5: Korrelationen zwischen Integrationsmassen und erhaltenen Unterstützungsarten aus formellen Quellen

|                                |        | Emotionale Unterstützung |        |                      | Informative Unterstützung |        |                      | Praktische Unterstützung |        |                      |
|--------------------------------|--------|--------------------------|--------|----------------------|---------------------------|--------|----------------------|--------------------------|--------|----------------------|
|                                |        | DK*                      |        | Homo-sexuelle Männer | DK*                       |        | Homo-sexuelle Männer | DK*                      |        | Homo-sexuelle Männer |
|                                |        | Frauen                   | Männer |                      | Frauen                    | Männer |                      | Frauen                   | Männer |                      |
| Berufsrolle                    | $\tau$ | -0.40                    | -0.04  | -0.34                | -0.49                     | -0.54  | -0.07                | -0.47                    | -0.67  | -0.17                |
|                                | p      | ns                       | ns     | 0.02                 | 0.10                      | 0.04   | ns                   | ns                       | 0.02   | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 13     | 45                   | 11                        | 13     | 45                   | 11                       | 13     | 45                   |
| Partnerrolle                   | $\tau$ | -0.53                    | -0.05  | 0.09                 | -0.35                     | -0.45  | -0.13                | -0.48                    | -0.47  | -0.15                |
|                                | p      | 0.08                     | ns     | ns                   | ns                        | 0.10   | ns                   | 0.10                     | 0.10   | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 13     | 45                   | 11                        | 13     | 45                   | 11                       | 13     | 45                   |
| Integration im primären Netz   | $\tau$ | 0.28                     | -0.02  | 0.20                 | 0.29                      | -0.52  | 0.18                 | 0.15                     | -0.87  | 0.00                 |
|                                | p      | ns                       | ns     | ns                   | ns                        | 0.06   | ns                   | ns                       | 0.001  | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 12     | 43                   | 11                        | 12     | 43                   | 11                       | 12     | 43                   |
| Integration im sekundären Netz | $\tau$ | 0.56                     | -0.15  | -0.05                | 0.49                      | -0.47  | -0.06                | 0.25                     | -0.27  | 0.04                 |
|                                | p      | 0.04                     | ns     | ns                   | 0.10                      | 0.06   | ns                   | ns                       | ns     | ns                   |
|                                | N      | 11                       | 13     | 44                   | 11                        | 13     | 44                   | 11                       | 13     | 44                   |

\* DK = Drogenkonsumierende



## Lebenslauf von Julie Page (geb. 1969)

### Berufstätigkeit

|                 |  |
|-----------------|--|
| Seit 06.2005    | Koordinationsstelle des Interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (seit 02.06 Programmleitung) |
| 06.1997-05.2005 | Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich<br>Wissenschaftliche Mitarbeiterin  |

### Ausbildung

|                 |  |
|-----------------|--|
| 10.1990-05.1997 | Pädagogikstudium an der Universität Zürich. Nebenfächer Soziologie und Wirtschaftsgeschichte. Abschluss mit dem Lizentiat bei Prof. Dr. phil. R. Fatke „Frauenspezifische HIV-Prävention im Spannungsfeld von traditionellen, weiblichen Rollenerwartungen und emanzipatorischer Gesundheitsförderung. Evaluation eines Kurszyklus.“ |
| 05.1988         | Kantonsschule Sursee, Abschluss Matura Typus B   |

### Vorstandstätigkeit

|                 |   |
|-----------------|---|
| seit 05.2002    | Aids-Hilfe Schweiz  |
| seit 10.2001    | Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie |
| 04.1994-03.2004 | Verein Feministische Wissenschaft (Sektion Zürich und Schweiz)                          |